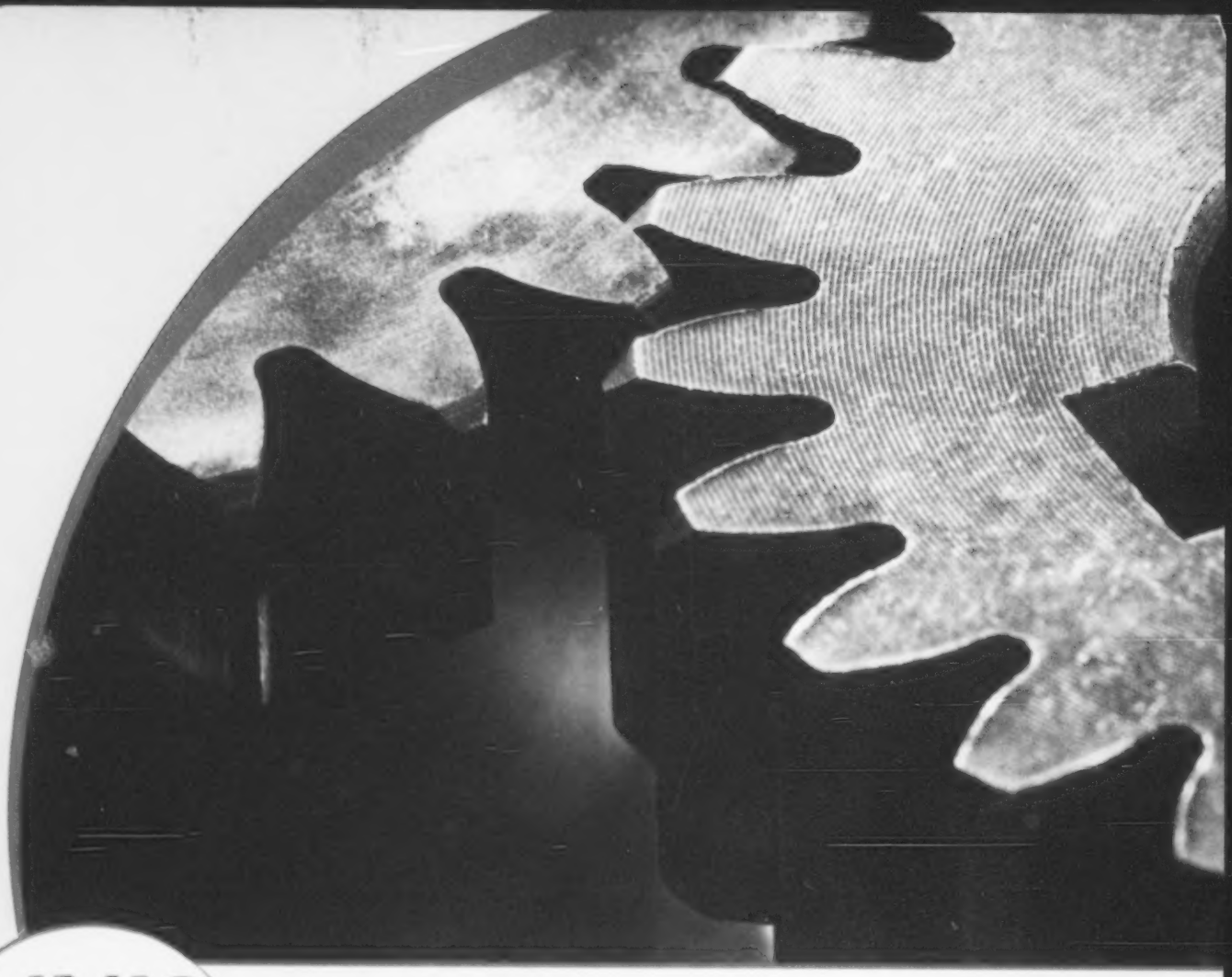


UNIS dans TOUS les SENS

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2010-2011

pour S'ÉPAULER

pour VOIR LOIN

pour S'ALIMENTER

pour TENDRE L'OREILLE

pour AVOIR DU FLAIR

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Québec

RAPPORT ANNUEL
DE GESTION 2010-2011

Conception

Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Coordination et adaptation des textes

Geneviève Blain

Contribution

Nous tenons à remercier le personnel des différentes directions
de l'Agence qui a contribué à la production de ce document.

Correction et secrétariat

Odile Raiche

Conception de la couverture

Acolyte communication

Dépôt légal – 2011

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN version imprimée : 978-2-89340-226-0

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Document disponible sur le site Internet de l'Agence

www.agencesss04.qc.ca

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec
Québec

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

63e assemblée (extraordinaire) du conseil d'administration
Date : 22 juin 2011
Article : CAAD-63-03
Résolution : CAAD-11-22

RÉSOLUTION relative au rapport annuel 2010-2011 de l'Agence

CONSIDÉRANT l'article 391 de la LSSSS exigeant que les agences déposent, au plus tard le 30 septembre de chaque année, un rapport de leurs activités portant sur l'année se terminant le 31 mars précédent;

CONSIDÉRANT le projet de rapport annuel de gestion 2010-2011 de l'Agence soumis à l'analyse du conseil d'administration à la présente assemblée;

CONSIDÉRANT l'analyse par les auditeurs externes du projet de rapport annuel de gestion 2010-2011 de l'Agence;

IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment secondée :

1. d'adopter le rapport annuel de gestion 2010-2011 de l'Agence;

2. de demander au président-directeur général de déposer au conseil d'administration de l'Agence un rapport de suivi de gestion unique suivant le dépôt du rapport annuel de gestion 2010-2011 à l'Assemblée nationale.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ.

COPIE CONFORME

Le Secrétaire du conseil d'administration,

Fait à Trois-Rivières
Le 23 juin 2011

Jean-Denis Allaire
Président-directeur général

INTRODUCTION

À chaque année, le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux doit rendre compte à la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de même qu'à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale, du degré d'atteinte des résultats quant à l'accessibilité aux services, à la qualité des services et à l'ajustement aux transformations.

Le présent rapport annuel de gestion pour l'exercice 2010-2011 veut répondre aux exigences des articles 385.7 et 391 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) en présentant :

- les résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus par l'entente de gestion et d'imputabilité;
- une déclaration du président-directeur général de l'Agence attestant la fiabilité des données contenues au rapport et des contrôles afférents;
- une description du rôle de l'Agence et un état général de son fonctionnement;
- une indication des objectifs visés en début d'exercice et des résultats obtenus;
- une indication des nouvelles orientations prises;
- une indication des modifications apportées aux activités, y compris les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité, et aux ressources humaines, matérielles et financières;
- les états financiers comprenant un bilan, un état des revenus et dépenses, et un état de l'évolution de la situation financière permettant de comparer chaque poste de l'exercice financier terminé avec celui de l'exercice précédent.

Ce rapport porte également sur les activités des établissements de la région et des organismes communautaires que l'Agence subventionne, y compris les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité.

Les informations du présent rapport sont essentiellement regroupées en fonction de l'architecture des services du réseau de la santé et des services sociaux, soit les différents programmes-services destinés à la population en général ou à des problématiques particulières ainsi que les programmes-soutien nécessaires à la prestation des services et au fonctionnement des établissements.

Dans la seconde partie du rapport figurent les fiches de reddition de comptes témoignant des résultats relatifs à l'entente de gestion et d'imputabilité convenue entre l'Agence et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2010-2011, notamment en ce qui a trait aux priorités ministérielles.

Ainsi, le lecteur retrouvera dans ce rapport annuel de gestion les résultats relatifs aux dossiers prioritaires de l'Agence ainsi que les autres résultats significatifs atteints en cours d'exercice au regard des autres grandes responsabilités légales de l'Agence.

TABLE DES MATIÈRES 2010-2011

LISTE DES ACRONYMES **13**

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION **17**

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS **19**

CHAPITRE 1 LA RÉGION SOCIOSANITAIRE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC **21**

Le territoire et la population 21

Le territoire et la population de la région 21

Les caractéristiques socioéconomiques 22

Les habitudes de vie et les facteurs de risque 22

Les problèmes de santé 23

Les problèmes de santé mentale 24

L'espérance de vie et la mortalité 24

Le réseau régional de la santé et des services sociaux 24

Les centres de santé et de services sociaux 25

Le centre hospitalier régional 25

Les établissements spécialisés à vocation régionale 25

Les établissements privés 25

Les organismes et ressources complémentaires 25

CHAPITRE 2 L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC **29**

La mission 29

L'organisation 30

L'organigramme au 31 mars 2011 30

Les ressources humaines 31

Les ressources financières 32

Les ressources informationnelles 33

Le conseil d'administration 33

Le rapport de suivi sur l'application du code d'éthique et de déontologie 34

Les comités du conseil 35

Les instances consultatives au conseil 37
Les instances consultatives à la Présidence-direction générale 40
CHAPITRE 3 LE PROJET RÉGIONAL ET SES PRINCIPAUX ENJEUX 45
L'élaboration d'une nouvelle planification stratégique 45
Un plan de mise en œuvre sur deux ans 45
CHAPITRE 4 LA STRATÉGIE RÉGIONALE D'OPTIMISATION 49
Les projets régionaux d'optimisation 49
Progiciels administratifs régionaux (PAR) 49
Ressources informationnelles 49
Buanderies 50
Maladies chroniques 50
Info-Social 50
CHAPITRE 5 LA PARTICIPATION DE LA POPULATION ET LES DROITS DES USAGERS 51
Le Forum de la population 51
L'examen des plaintes 51
La promotion des droits des usagers 53
Les rencontres régionales des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services 53
Les activités de la Table régionale des comités des usagers et des comités de résidents 54
L'information aux usagers 54
CHAPITRE 6 LA QUALITÉ DES SERVICES 55
La prestation sécuritaire et la gestion des risques 55
La démarche d'agrément 55
L'utilisation des mesures de contrôle (contention) 56
Les visites d'appréciation de la qualité et les suivis 56
Les rapports de coroners 56
Les prix d'excellence 57
La gestion intégrée des risques dans les agences 57
L'accessibilité linguistique 57
L'Institut universitaire en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement 57
Les personnes présentant des problématiques multiples et complexes 58
La santé et le bien-être des femmes et l'analyse différenciée selon les sexes 58
CHAPITRE 7 LES AFFAIRES MÉDICALES 59
Les effectifs en omnipratique 59
Le recrutement de médecins étrangers 60
Les mesures incitatives 60
Les effectifs en spécialités 60
L'accès aux services médicaux de première ligne 61
Les groupes de médecine de famille 61
Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne 61
La formation universitaire 62
La formation médicale décentralisée 62

Le campus universitaire et les unités de formation en médecine de famille (UMF) 62
Les activités médicales particulières (AMP) 63
CHAPITRE 8 LES MESURES D'URGENCE : SÉCURITÉ CIVILE – MISSION SANTÉ 65
Le risque nucléaire 65
Le Plan des mesures d'urgence nucléaire externe à Gentilly-2 65
L'incendie de forêt de Wemotaci 65
Les activités de préparation pour faire face à un sinistre majeur 65
Le Forum sur la communication des risques 65
CHAPITRE 9 LE PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE 67
La promotion et la prévention 67
Les pratiques cliniques préventives 67
Le développement des enfants et des jeunes 67
Les saines habitudes de vie 69
Le développement social et le développement des communautés 71
La protection 71
La santé environnementale 73
La santé au travail 74
Les avis de santé publique 74
La surveillance - évaluation 74
La communication à la population 74
CHAPITRE 10 LE PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE 75
Les services psychoscciaux généraux 75
Le Service régional Info-Santé/Info-Social 75
Volet Info-Santé 75
Volet Info-Social 76
La violence conjugale et les agressions sexuelles 77
CHAPITRE 11 LE PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT 79
Le Plan sur le vieillissement 79
Le réseau de services intégrés aux personnes âgées 79
Les projets pilotes de soins posthospitaliers 79
Le soutien à domicile et le répit aux proches aidants 80
La prévention des chutes chez les aînés qui vivent à domicile 80
Le recours à l'hébergement 80
Les projets novateurs en hébergement 81
Les projets d'amélioration de l'alimentation en CHSLD 81
La démarche de certification des résidences pour personnes âgées 81
CHAPITRE 12 LE PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE 83
Le soutien à la personne, aux proches et à la famille par les CSSS 83
Les services spécialisés d'adaptation et de réadaptation 83
Le soutien à l'intégration et à la participation sociale 84

CHAPITRE 13 LE PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT 85
Le soutien à la personne, aux proches et à la famille par les CSSS 85
Les services spécialisés d'adaptation et de réadaptation 86
CHAPITRE 14 LE PROGRAMME JEUNES EN DIFFICULTÉ 87
Les services de première ligne dans les CSSS 87
L'entente de complémentarité MELS-MSSS 87
La persévérance scolaire 88
L'Engagement jeunesse 88
L'Entente multisectorielle 88
Les services spécialisés en centre jeunesse 88
CHAPITRE 15 LE PROGRAMME DÉPENDANCES 91
CHAPITRE 16 LE PROGRAMME SANTÉ MENTALE 93
Les services aux jeunes 93
Les services de première ligne 93
Les services de deuxième ligne 93
Les services aux adultes 93
Les services de première ligne 93
Les services de deuxième ligne 94
Le suivi intensif dans le milieu 94
CHAPITRE 17 LE PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE 95
Les services d'urgence 95
Les services préhospitaliers d'urgence 96
La traumatologie 96
Les soins palliatifs 97
La cardiologie 97
La lutte au cancer 97
Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein 98
Les mécanismes d'accès 99
L'accessibilité à la chirurgie élective 99
La production chirurgicale 100
La chirurgie bariatrique 100
L'imagerie médicale 100
Les maladies chroniques 100
La prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques 100
Le Programme de néphrologie 101
Les projets pilotes cliniques musculo-squelettiques 101
La néonatalogie 102
CHAPITRE 18 LE PROGRAMME ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES 103
Les ressources humaines régionales 103
L'état de situation régional de la main-d'œuvre 103

La planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel 103
La promotion, le recrutement et la rétention 104
Le partenariat avec les réseaux de l'éducation et de l'emploi 105
Le développement, le maintien des compétences et la relève 105
L'organisation du travail et le développement des pratiques professionnelles 106
Les mesures incitatives 108
Les mesures de sécurité et de stabilité d'emploi 108
Les ressources informationnelles régionales 109
Les progiciels administratifs régionaux 109
Les ressources matérielles et immobilières régionales 109
CHAPITRE 19 LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 111
La gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires 111
La reconnaissance 111
Le soutien financier 111
L'augmentation du budget destiné aux organismes communautaires 113
Le bilan des principales réalisations 114
Les données financières des organismes communautaires 115
CHAPITRE 20 LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉSEAU 127
Le bilan d'application de la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette 127
Les autorisations d'emprunt accordées aux établissements 129
Les données financières des établissements 130
CHAPITRE 21 LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE 131
Le rapport de la direction 131
Le rapport des vérificateurs sur les états financiers condensés 132
CHAPITRE 22 LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ À LA FIN DE LA TREIZIÈME PÉRIODE FINANCIÈRE 2010-2011 153
ANNEXE A : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC 173

LISTE DES ACRONYMES

AÉO	Accueil, évaluation, orientation
AMP	Activités médicales particulières
AMPRO	Approche multidisciplinaire de prévention des risques obstétricaux
BAPE	Bureau d'audiences publiques sur l'environnement
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCAS	Conseil canadien d'agrément des services de santé
CCS	Centre de communication santé
CGR	Comité de gestion réseau
CH	Centre hospitalier
CHRTR	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
COPIN	Comité de planification et d'intervention des mesures d'urgence
CQA	Conseil québécois d'agrément
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de santé et de sécurité au travail
CRDITED MCQ	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DPE	Dossier patient électronique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
DSQ	Dossier de santé du Québec
DSS	Districts sociosanitaires
ETC	Équivalent temps complet

FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GACO	Guichet d'accès aux clientèles orphelines
GMF	Groupe de médecine de famille
IAB	Initiative *Amis des bébés*
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IRISS	Interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
LIRISS	Laboratoire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MCQ	Mauricie et Centre-du-Québec
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MESS	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmiers et infirmières du Québec
PALSP	Plan d'action local de santé publique
PAR	Progiciels administratifs régionaux
PARSP	Plan d'action régional de santé publique
PEM	Plan d'effectifs médicaux
PNSP	Programme national de santé publique
PRAAC	Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PSII	Plan de services individualisés et intersectoriels
PSRRI	Plan stratégique régional des ressources informationnelles
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services
RSIPA	Réseau de services intégrés aux personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile
SARDM	Systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments

SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIV	Soutien d'intensité variable
SOC	Soutien aux organismes communautaires
SRISIS	Service régional Info-Santé/Info-Social
SRMO	Service régional de la main-d'œuvre
TCC	Traumatisme craniocérébral
TCV	Taux de couverture vaccinale
TED	Trouble envahissant du développement
TRCDMS	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
TROC	Table régionale des organismes communautaires
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
UDC	Unité de décision clinique
UMF	Unité de formation en médecine de famille
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle et intensive
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'Agence est une instance de gouvernance qui, par son leadership, vise à ce que le réseau régional de soins et de services soit performant, de manière à ce que la population ait accès aux services dont elle a besoin, le plus près possible de son milieu de vie. Pour y parvenir, cela prend notamment une vision cohérente et partagée des objectifs à atteindre de même que des actions concrètes réalisées en réseau, tant au sein des organisations qu'entre elles.

Un regard sur le chemin parcouru en 2010-2011 nous permet de constater qu'encore cette année, de grands pas ont été franchis en ce sens. Permettez-nous d'en donner quelques exemples de portée régionale, qui sont tous le résultat de démarches collaboratives conduites avec le soutien de l'Agence :

- l'adoption du Plan stratégique régional 2010-2015 et sa mise en œuvre à l'aide du Plan d'action 2011-2013, qui accorde un traitement prioritaire aux actions concernant la prévention et la gestion des maladies chroniques, le vieillissement de la population et les ressources humaines du réseau;
- l'adoption et la mise en œuvre du Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2010-2015, un autre bel exemple de réussite en matière d'optimisation des ressources et d'innovation en matière de gouvernance;
- l'adoption du Plan sur le vieillissement 2010-2015, qui vise à ajuster les soins et les services en fonction de la croissance du vieillissement de notre population régionale;
- la mise en place du Mécanisme de concertation régionale en cardiologie qui, grâce à un effort collectif sans précédent associant de près le corps médical, permet de réduire les délais de prise en charge dans les cas d'infarctus aigu;
- le déploiement réussi d'un plan d'action convenu entre les établissements et l'Agence pour faire face de façon proactive aux obligations posées par la loi sur le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et sur la réduction de la dette. En particulier, il convient de saluer l'atteinte de l'équilibre budgétaire par tous nos établissements cette année, résultat qui témoigne d'une solidarité régionale hors du commun;
- la signature et la mise en œuvre d'une convention de partenariat entre l'Agence, les 13 établissements publics et la Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (IRISS) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), assurant l'implantation de la philosophie LEAN dans le réseau, ce qui démontre que notre région s'outille pour relever de façon efficace le défi d'optimisation des processus cliniques et administratifs;
- le déploiement 24/7 de l'offre de service du volet Info-Social du Service régional Info-Santé/Info-Social (SRISIS) qui repose sur la mise en réseau de multiples organisations permettant l'amélioration de la qualité de la réponse téléphonique et l'accessibilité aux services psychosociaux 24 heures par jour.

Par ailleurs, nous ne pouvons passer sous silence la création officielle, à compter du 1er avril 2011, d'un nouvel établissement à Trois-Rivières, issu de la fusion du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Trois-Rivières et du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR). Cette étape réussie est le fruit d'une étroite collaboration entre

intervenants et dirigeants des deux établissements. Nous saluons tous les acteurs de cette démarche remarquable, entamée en février 2010, qui favorisera à terme l'amélioration des services à la population de Trois-Rivières et de la région.

Nous attirons également votre attention sur une nouveauté du côté du conseil d'administration : l'ajout d'un point à l'ordre du jour des assemblées publiques intitulé *Les bons coups du réseau*. Ainsi, en 2010-2011, nous avons fait ressortir l'excellence et la qualité des réalisations suivantes :

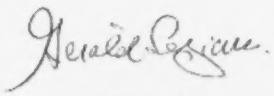
- les finalistes aux Prix d'excellence du réseau en octobre 2010 : le CSSS Drummond pour son projet *Gestion intégrée des maladies chroniques* et l'organisme Diabète Bois-Francs pour celui des *Cours de cuisine pour personnes diabétiques*;
- les activités régionales de promotion et de recrutement de main-d'œuvre;
- la performance des finissants du Campus Mauricie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal;
- le Programme de formation de 2e cycle de l'UQTR en gestion de la performance dans le système de santé : 24 projets d'optimisation avec la Chaire IRISS;
- le Réseau d'accessibilité médicale Drummond (après un an d'existence);
- le déploiement 24/7 de l'offre de service du volet Info-Social du Service régional Info-Santé/Info-Social;
- le Forum sur la communication des risques liés aux matières dangereuses.

Dans un autre ordre d'idées, au nom des membres du conseil d'administration de l'Agence, nous voulons remercier M. Jean-Guy Doucet qui en a assumé la présidence pendant six ans. Il a démontré beaucoup d'intérêt, de rigueur et de persévérance dans son rôle de président, animé d'un désir de faire avancer les dossiers régionaux.

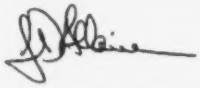
Pour ma part, comme nouveau président qui lui succède depuis novembre dernier, je réalise l'ampleur du travail et la qualité des projets qui ont cours en santé et services sociaux et, dans la continuité, je veux m'assurer, avec mes collègues, de prendre les meilleures décisions possibles pour le bénéfice de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Enfin, par ce message, nous souhaitons adresser toute notre reconnaissance aux employés, professionnels, gestionnaires, bénévoles, membres des conseils d'administration de l'Agence, des établissements et des organismes communautaires en santé et services sociaux de notre région pour l'excellent travail réalisé quotidiennement. Votre contribution est précieuse. Merci!

Bonne lecture!



Gérald Lapierre
Président du conseil d'administration



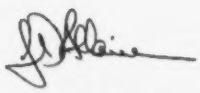
Jean-Denis Allaire
Président-directeur général

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de soutenir la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2010-2011 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec ainsi que les contrôles y afférant sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.



Jean-Denis Allaire
Président-directeur général

CHAPITRE 1

LA RÉGION SOCIOSANITAIRE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Le territoire et la population

Dans le cadre de la responsabilité légale du directeur de santé publique visant à informer la population de l'état de santé général et de bien-être des individus qui la composent, ainsi que des problèmes de santé prioritaires et des groupes les plus vulnérables, l'équipe de surveillance-évaluation de la Direction de santé publique (DSP) a préparé le portrait suivant.

Le territoire et la population de la région

- Vaste territoire de près de 45 000 km^2.
- La cinquième région sociosanitaire la plus peuplée au Québec.
- La population estimée pour l'année 2011 est de 497 092 personnes :
  - sur ce nombre, 18 % ont moins de 18 ans, 63 % ont entre 18 et 64 ans et 19 % sont âgés de 65 ans et plus, ce dernier pourcentage étant supérieur à celui du Québec (16 %);
  - une population de personnes âgées quasiment appelée à doubler d'ici 2031 pour passer de 93 491 à 166 196; les personnes âgées représenteront alors 32 % de la population régionale (26 % pour le Québec);
  - une population concentrée principalement dans les parties sud et centrale de la région; la partie nord étant très peu peuplée.
- Deux régions administratives forment la région sociosanitaire :
  - le Centre-du-Québec;
  - la Mauricie.
- Huit municipalités régionales de comté (MRC) et trois villes assumant aussi les responsabilités de MRC :

  Au Centre-du-Québec :
  - MRC de Nicolet-Yamaska;
  - MRC de Bécancour;
  - MRC de Drummond;
  - MRC d'Arthabaska;
  - MRC de l'Érable.

  En Mauricie :
  - Ville de La Tuque;
  - MRC de Mékinac;
  - Ville de Shawinigan;
  - MRC de Maskinongé;
  - Ville de Trois-Rivières;
  - MRC des Chenaux.
- Quatre réserves autochtones :
  - Opiticiwan et Wemotaci (Haut-Saint-Maurice);
  - Odanak (Nicolet-Yamaska);
  - Wôlinak (Bécancour).

- La population d'identité autochtone représente environ 1 % de la population totale (environ 5 065 individus). Bien que l'on retrouve deux des quatre réserves amérindiennes au Centre-du-Québec, la population autochtone se concentre principalement dans le Haut-Saint-Maurice. Elle représente environ 20 % de l'ensemble de la population de ce réseau local de services (RLS).
- Environ 1 % de la population est de langue maternelle anglaise. Bien qu'elle se répartisse dans tous les districts, plus de la moitié de cette population réside dans le territoire de la MRC Drummond ou dans la région de Trois-Rivières.
- La population de langue maternelle autre que française ou anglaise représente 2,2 %.

Population de la Mauricie et du Centre-du-Québec par groupes d'âge

Population	2001		2011		2031		Variation	
Groupes d'âge	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	2001-2011	2011-2031
0-17 ans	99 392	20,6	88 882	17,9	87 115	16,5	-10,6 %	-2,0 %
18-39 ans	137 829	28,5	128 339	25,8	115 703	21,9	-6,9 %	-9,9 %
40-64 ans	172 843	35,8	186 380	37,5	159 209	30,1	7,8 %	-14,6 %
65-74 ans	40 439	8,4	51 069	10,3	81 553	15,4	26,3 %	59,7 %
75 ans et plus	32 287	6,7	42 422	8,5	84 643	16,0	31,4 %	99,5 %
Total	**482 790**		**497 092**		**528 223**		**3,0 %**	**6,3 %**

Source : MSSS, Service du développement de l'information, janvier 2010

Les caractéristiques socioéconomiques

- Une amélioration marquée du niveau de scolarité de 1996 à 2006; la proportion de personnes de 25-64 ans sans diplôme d'études secondaires a chuté de 32 % à 20 % au cours de cette période, mais demeure supérieure au Québec (17 %). La proportion de la population détenant un diplôme universitaire a augmenté de 10 % à 12 %, mais demeure inférieure à celle du Québec (21 %). Ainsi, la région reste davantage sous-scolarisée que la province.
- Une proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu est inférieure à celle du Québec (15,6 % contre 17,2 %). Davantage de femmes que d'hommes vivent sous ce seuil (18,7 % contre 15,6 %).
- Le taux d'emploi reste moins élevé que pour l'ensemble du Québec (56 % contre 60 %).

Les habitudes de vie et les facteurs de risque

- Une augmentation de la proportion des personnes obèses depuis la fin des années 1980 (18 % des 18 ans et plus en 2008 contre 7 % en 1987). La proportion d'obèses est comparable chez les hommes et les femmes (20 % et 18 %). Les hommes sont plus nombreux que les femmes à souffrir d'embonpoint (44 % contre 27 %).
- En 2007-2008, 51 % des hommes et 39 % des femmes de 12 ans et plus ne mangeaient pas le minimum recommandé de 5 portions de fruits et légumes par jour.
- Au chapitre de l'activité physique de loisir chez les adultes de 18 ans et plus, on compte 36 % d'actifs ou très actifs et 25 % de sédentaires. Les jeunes de 12 à 17 ans sont très actifs dans une proportion de 51 %. La sédentarité est en recul depuis une dizaine d'années.
- 26 % des personnes de 12 ans et plus de la région sont des fumeurs actuels, ce qui se compare à la moyenne québécoise. Cette proportion est moindre qu'en 2000-2001 (31 %).
- La région comptait, en 2006-2007, 30 265 personnes diabétiques de 20 ans et plus, soit 8 % de la population de ce groupe d'âge. Ce pourcentage apparaît légèrement plus faible que celui du Québec.
- En 2008, la proportion de la population de 18 ans et plus de la région dont on a pris la tension artérielle lors de la dernière consultation d'un médecin est de 89 %, ce qui est plus élevé que pour le Québec (83 %). Cette proportion grimpe à 97 % chez les 65 ans et plus.

- Près de 16 % de la population de 12 ans et plus présentait une hypertension diagnostiquée en 2007-2008, ce qui se compare au Québec.
- En 2008, moins de femmes de la région ont passé un test de PAP au cours des trois dernières années : 67 % contre 73 % des Québécoises.
- En 2008, 12 % de la population de 15 ans et plus a consommé de la drogue au cours des douze derniers mois. Les hommes ont consommé de la drogue dans une proportion deux fois plus grande que les femmes (16 % contre 8 %).

Population selon les réseaux locaux de services et les districts sociosanitaires (DSS)

RLS	DSS	2001	2011	2031	Variation	
					2001-2011	2011-2031
Haut-Saint-Maurice	Haut-Saint-Maurice	16 144	15 426	14 759	-4,5 %	-4,3 %
Vallée-de-la-Batiscan	Mékinac	13 045	12 660	12 958	-3,0 %	2,4 %
	des Chenaux	12 356	11 845	12 192	-4,1 %	2,9 %
	Total RLS	**25 401**	**24 505**	**25 150**	**-3,5 %**	**2,6 %**
Centre-de-la-Mauricie	Centre-de-la-Mauricie	66 039	65 654	67 088	-0,6 %	2,2 %
Maskinongé	Maskinongé	23 840	23 525	24 050	-1,3 %	2,2 %
Trois-Rivières	Cap-de-la-Madeleine	46 159	47 609	51 225	3,1 %	7,6 %
	Trois-Rivières	82 457	87 266	92 333	5,8 %	5,8 %
	Total RLS	**128 616**	**134 875**	**143 558**	**4,9 %**	**6,4 %**
Bécancour–Nicolet-Yamaska	Nicolet-Yamaska	23 932	22 778	23 019	-4,8 %	1,1 %
	Bécancour	19 429	19 282	20 431	-0,8 %	6,0 %
	Total RLS	**43 361**	**42 060**	**43 450**	**-3,0 %**	**3,3 %**
Drummond	Drummond	89 593	98 955	113 099	10,5 %	14,3 %
Arthabaska-et-de-l'Érable	Arthabaska	65 336	69 389	75 297	6,2 %	8,5 %
	de l'Érable	24 460	22 703	21 772	-7,2 %	-4,1 %
	Total RLS	**89 796**	**92 092**	**97 069**	**2,6 %**	**5,4 %**

Source : MSSS, Service du développement de l'information, janvier 2010

Les problèmes de santé

- Une population de 15 ans et plus qui, en 2008, se considère à 54 % en excellente ou en très bonne santé.
- Avec un taux d'hospitalisation de 151 pour 10 000 personnes, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause d'hospitalisation pour la période 2007-2008 à 2009-2010. Elles sont suivies des maladies de l'appareil respiratoire (93 pour 10 000), des maladies de l'appareil digestif (92 pour 10 000), des tumeurs (77 pour 10 000) et des traumatismes et empoisonnements (70 pour 10 000).
- Les principales causes d'hospitalisation diffèrent peu selon le sexe, sauf pour les maladies cardiovasculaires où les hommes ont un taux ajusté d'hospitalisation de 169 pour 10 000 contre un taux de 91 pour 10 000 chez les femmes.
- Les allergies non alimentaires sont le premier problème de santé rapporté (19 % des 12 ans et plus), mais en proportion moindre qu'au Québec. Les autres problèmes les plus répandus sont les maux de dos (16 %), les problèmes d'arthrite ou de rhumatisme (12 %), l'hypertension (16 %) et les migraines (9 %).

- La région affiche une incidence élevée pour la chlamydiose génitale de 213 pour 100 000 contre 218 pour 100 000 pour le Québec.

Les problèmes de santé mentale

- Une proportion de 79 % des personnes de 12 ans et plus déclarent avoir une excellente ou une très bonne santé mentale. Cette valeur est comparable au Québec.
- Environ 95 % des gens de la région sont satisfaits de leur vie sociale. Cette proportion est supérieure à celle du Québec (93 %).
- En 2008, 20 % de la population de la région se retrouve avec un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Davantage de femmes que d'hommes ont un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (25 % contre 16 %).
- Dans la région, nous avons une proportion de la population ayant songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois de 1,7 %; la valeur québécoise est de 2,3 %.
- La proportion de personnes affirmant avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois est de 3 pour 1 000 dans la région.

L'espérance de vie et la mortalité

- Une augmentation de l'espérance de vie, entre 1981-1983 et 2005-2007, de 6,2 ans chez les hommes et de 3,0 ans chez les femmes, pour atteindre respectivement les valeurs de 77,5 ans et de 82,8 ans. Les hommes de la région conservent une espérance de vie inférieure à celle de l'ensemble des Québécois.
- Une espérance de vie dans la région soumise comme ailleurs à la défavorisation sociale et matérielle. Les hommes des communautés les moins favorisées ont une espérance de vie de cinq ans inférieure à celle des hommes des communautés plus favorisées.
- Une diminution marquée de près de la moitié du taux de mortalité infantile au cours des 25 dernières années pour passer de 9,5 décès pour 1 000 naissances à 5,1 décès pour 1 000 naissances de nos jours.
- Les cancers et les maladies cardiovasculaires demeurent, avec respectivement près de 33 % et de 27 % des décès, les deux principales causes de mortalité entre 2005 et 2007 :
  - Une décroissance de la mortalité par maladie cardiovasculaire à l'instar du Québec. Le taux ajusté est passé de 518 à 196 décès pour 100 000 personnes depuis le début des années 1980.
  - Une diminution du taux ajusté de mortalité par cancer, chez les hommes, du début des années 1980 à 2005-2007, mais une augmentation du taux pour les femmes de la région, comparativement à une stabilité du taux de l'ensemble des femmes du Québec.
  - Le cancer du poumon, de la trachée et des bronches, le cancer colorectal et le cancer de la prostate sont, en importance, les cancers entrainant le plus de décès chez les hommes. Chez les femmes, il s'agit du cancer du poumon, de la trachée et des bronches, du cancer du sein et du cancer colorectal.
- Un taux de mortalité par suicide supérieur à celui du Québec mais qui, à l'instar de la situation québécoise, commence à diminuer (24 pour 100 000 en 1995-1999 à 21 pour 100 000 en 2004-2007). Le taux des hommes reste nettement supérieur à celui des femmes (33 pour 100 000 contre 9 pour 100 000 pour les femmes).
- Un important taux de mortalité par traumatisme non intentionnel dans la région comparativement au Québec (33 contre 28 pour 100 000) surtout chez les hommes. Les accidents de la route sont à la source de cette surmortalité.

Le réseau régional de la santé et des services sociaux

Au 31 mars 2011, le réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec était constitué de 15 établissements, dont huit CSSS, un centre hospitalier (CH) régional, quatre établissements spécialisés à vocation régionale et deux établissements privés conventionnés. Notons que les lettres patentes d'un nouvel établissement, né de la fusion entre le CSSS de Trois-Rivières et le CHRTR, ont été délivrées le 1er avril 2011. Le portrait 2010-2011 du réseau régional ne tient donc pas compte de ce changement.

Les centres de santé et de services sociaux

Responsabilités	CSSS
Mission de type CLSC et CHSLD	Tous
Mission de type CH	CSSS du Haut-Saint-Maurice, de l'Énergie, Drummond et d'Arthabaska-et-de-l'Érable
Urgence mineure 24/7 et unité de courte durée gériatrique	CSSS de Maskinongé, de Trois-Rivières et de Bécancour–Nicolet-Yamaska
Mandat régional en santé mentale	CSSS de l'Énergie
Mandataire régional Info-Santé/Info-Social	CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska

Le centre hospitalier régional

Le CHRTR, offre des services généraux et spécialisés en santé physique et en santé mentale, dont les services à mandat régional suivants :

- la néphrologie, avec deux unités satellites reliées par télémédecine : Hôpital Sainte-Croix (CSSS Drummond) et Hôtel-Dieu d'Arthabaska (CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable);
- la cardiologie;
- la microbiologie médicale;
- la pneumologie;
- la rhumatologie;
- l'hématologie;
- la gastro-entérologie;
- l'endocrinologie;
- la néonatalogie;
- la neurochirurgie, dans le cas du mandat secondaire régional en traumatologie;
- la chirurgie orthopédique dans le cas du mandat secondaire régional en traumatologie;
- la chirurgie thoracique et vasculaire;
- la médecine nucléaire pour les procédures exigeant l'utilisation du TEP Scan;
- la radio-oncologie avec un centre de radiothérapie et une responsabilité régionale en vertu du Programme national de lutte contre le cancer.

Le CHRTR est reconnu à titre de campus de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, ce qui permet, avec la collaboration du CSSS de l'Énergie, l'implantation du curriculum complet du Programme de médecine.

Les établissements spécialisés à vocation régionale

La région compte quatre centres de réadaptation, qui sont : le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le Centre de réadaptation Inter-Val, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (CRDITED MCQ) et Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec.

Les établissements privés

Deux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privés conventionnés s'ajoutent au réseau d'établissements publics. Ce sont le Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc. et le CHSLD Vigi Les Chutes à Shawinigan.

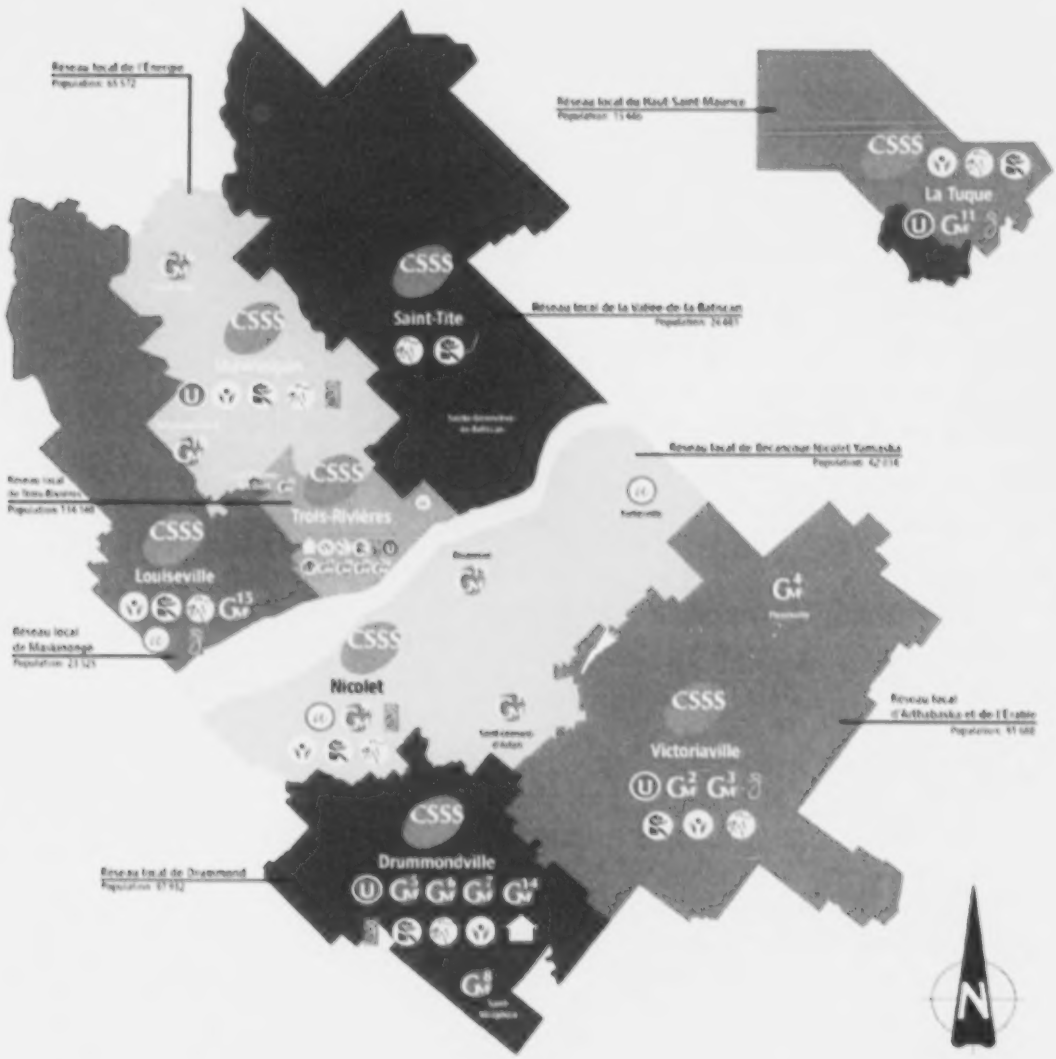
Les organismes et ressources complémentaires

La région compte également sur :

- la Maison de naissance de la Rivière à Nicolet;
- 189 ressources intermédiaires (RI) et 794 ressources de type familial (RTF), pour un total de 4 037 places accréditées, associées aux programmes-services perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience intellectuelle, jeunes en difficulté et santé mentale;
- 222 organismes communautaires reconnus par l'Agence comme œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux;
- 12 entreprises ambulancières;
- le Centre de communication santé (CCS) pour la réception et le traitement des appels d'urgence et l'affectation des ressources préhospitalières (ambulances et premiers répondants) couvrant la totalité de la région;

- 21 groupes de médecine de famille (GMF), situés dans les districts sociosanitaires d'Arthabaska-et-de-l'Érable (4), Drummond (5), Nicolet-Yamaska (3), Maskinongé (1), Haut-Saint-Maurice (1), Centre-de-la-Mauricie (3) et Trois-Rivières (4) auxquels s'ajoutent une vingtaine de cliniques médicales privées;
- 12 entreprises d'économie sociale et d'aide domestique;
- un Technocentre et un Infocentre régional;
- la Coopérative des services regroupés en approvisionnement de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Carte du réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Territoire de RLS	Établissements
du Haut-Saint-Maurice	Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice
du Centre-de-la-Mauricie	Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie CHSLD Vigi Les Chutes (installation privée conventionnée)
de la Vallée-de-la-Batiscan	Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan
de Trois-Rivières	Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
de Maskinongé	Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé
de Bécancour–Nicolet-Yamaska	Centre de santé et de services sociaux de Bécancour–Nicolet-Yamaska
d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc. (installation privée conventionnée)
de Drummond	Centre de santé et de services sociaux Drummond

Établissements à mission régionale	
Réadaptation	
Dépendances	Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec
Déficience physique	Centre de réadaptation InterVal
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire
Jeunesse/famille	Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Centre hospitalier	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Légende

Source : MSSS, Service du développement de l'information, janvier 2010.

CHAPITRE 2

L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

La mission

En association avec ses partenaires, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a pour mission de veiller à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

À cette fin :

- Elle assure la gouvernance du système de santé et de services sociaux de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et en est imputable au ministre.
- Elle porte une vision régionale de l'organisation des services centrée sur des objectifs de résultats, et ce, dans une perspective populationnelle.
- Elle crée des conditions favorables à l'émergence de huit réseaux locaux de services au sein d'un réseau régional cohérent, à la responsabilité populationnelle et à la hiérarchisation des services de santé et des services sociaux.
- Elle exerce les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. Notamment, elle propose et convient, avec les établissements et autres acteurs des réseaux communautaires et institutionnels, de la contribution qu'elle attend d'eux dans le respect des responsabilités de chacun.
- Elle veille à un accès comparable à des services continus et de qualité dans les territoires.
- Elle assure la protection de la santé publique de la population de la région sociosanitaire et met en œuvre, en collaboration avec ses partenaires, des programmes de prévention et de promotion contribuant à l'amélioration de la santé et du bien-être de cette population.

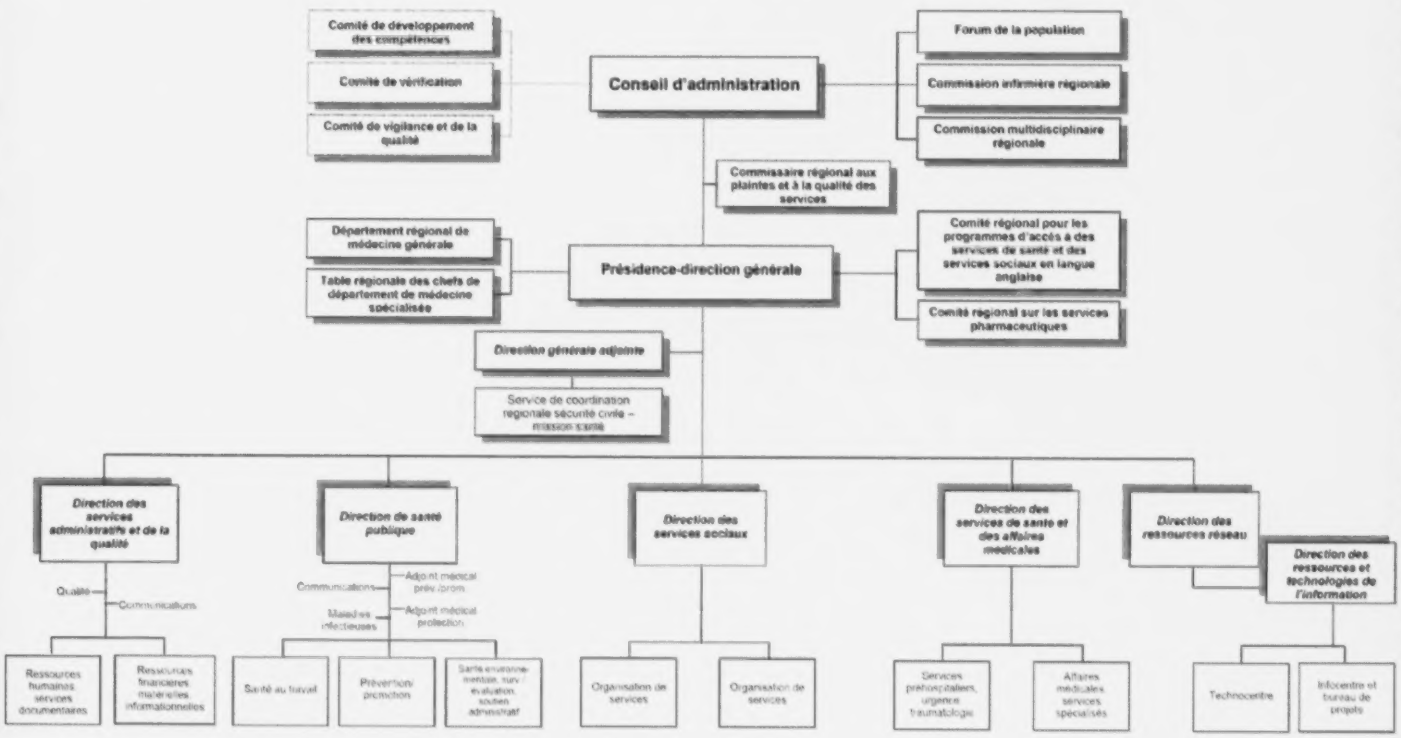
L'organisation

Le Plan d'organisation de l'Agence est conçu de manière à assurer de façon optimale la coordination de ses différentes composantes, et ce, afin de réaliser les mandats qui lui sont conférés par différentes lois.

L'Agence se présente ainsi comme une organisation caractérisée par :

- sa souplesse et sa capacité d'adaptation rapide aux événements;
- son fonctionnement décloisonné;
- la reconnaissance de la capacité de responsabilisation et d'intervention des professionnels;
- l'accessibilité aux directeurs;
- la présence d'une équipe de direction plutôt que d'une équipe de directeurs;
- la qualité du climat organisationnel.

L'organigramme au 31 mars 2011



Les ressources humaines

Effectifs au 31 mars 2011

		31 mars 2011	31 mars 2010
Les cadres			
- Temps complet :	(hors cadres)	2	2
	(cadres supérieurs)	7	7
	(cadres intermédiaires)	13	12
- Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet [a] (excluant les personnes en stabilité d'emploi)		0	0
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi		1	1
Les employés réguliers			
- Temps complet [b] (excluant les personnes en sécurité d'emploi)		152	160
- Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet [a] (excluant les personnes en sécurité d'emploi)		9,2	8,4
Les occasionnels			
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice		40 615 [1]	34 753 [2]
Équivalents temps complet [c]		22,24	19,03

[a] *L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.*

[b] *Inclus les postes affectés au Technocentre régional (18), à l'Infocentre régional (7,8) et en libération syndicale permanente (1).*

[c] *L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures*

[1] *« Les occasionnels ». Explication de l'écart positif 2010-2011 en fonction des heures rémunérées : remplacements de congés de maternité ou pour invalidité.*

[2] *Donnée corrigée. Le tableau figurant au Rapport annuel de gestion 2009-2010 indiquait 25 738 heures, alors que nous aurions dû lire 34 753 heures, comme indiqué ci-dessus. Cette erreur s'est produite lors d'un changement de système informatique.*

Les postes de direction :

- président-directeur général;
- directeur général adjoint;
- directrice des services administratifs et de la qualité;
- directeur des ressources réseau;
- directeur des ressources informationnelles;
- directeur des services de santé et des affaires médicales;
- directeur de santé publique;
- directeur des services sociaux.

Un poste de cadre supérieur, autre que direction :

- commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

Les postes de cadres intermédiaires :

- chef de service – ressources financières, matérielles et informationnelles;
- chef de service – ressources humaines et services documentaires;
- chef de service – organisation de services (2 postes);
- coordonnatrice régionale en santé au travail (contrat de services avec la Commission de santé et de sécurité au travail [CSST]);
- chef de service – santé environnementale, surveillance/évaluation et soutien administratif;
- chef de service – prévention/promotion;
- chef de service – affaires médicales et services spécialisés;
- chef de service – services préhospitaliers, urgence et traumatologie;
- chef de service – Technocentre;
- chef de service – Infocentre et bureau de projets;
- chef de service – coordination régionale en sécurité civile;
- coordonnateur des progiciels administratifs régionaux (activité régionalisée).

En outre, au 31 mars 2011, l'Agence pouvait compter sur la contribution (en équivalent temps complet [ETC]) de 14,44 médecins, 1,00 dentiste et 0,43 pharmacien.

Les ressources financières

Le budget d'exploitation de l'Agence totalisait 11 131 802 $ en 2010-2011, comparativement à 11 207 479 $ en 2009-2010. La moitié de ce budget est consacrée aux fonctions de santé publique (DSP), soit 5 712 617 $, alors que l'autre moitié est affectée à la coordination du réseau. La décroissance enregistrée lors du dernier exercice financier s'explique principalement par la non-indexation des coûts salariaux ainsi que par l'application de la loi qui vise à réduire les dépenses de nature administrative et la taille des effectifs d'ici 2013-2014 (loi 20).

Budget en provenance du MSSS

	2010-2011	2009-2010	Variation
Budget de l'Agence	5 419 185 $	5 584 862 $	(165 677) $
Budget de la DSP	5 712 617 $	5 622 617 $	90 000 $
Total du budget d'exploitation	**11 131 802 $**	**11 207 479 $**	**(75 677) $**
Fonds des activités accessoires	81 000 $	80 536 $	464 $
Fonds des activités régionalisées	4 988 530 $	4 188 179 $	800 351 $
Fonds affectés [1]	34 531 424 $	30 167 211 $	4 364 213 $

[1] *Excluant les fonds Immobilisations et Équipements*

Les ressources informationnelles

Le Technocentre régional, géré par l'Agence, assure l'hébergement d'applications et le soutien aux établissements de santé et de services sociaux ainsi qu'aux GMF de la région. Il répond à plus de 12 000 demandes d'assistance par année, portant principalement sur une quarantaine de systèmes d'information (de nature clinique, clinico-administrative et administrative) et sur les infrastructures (le réseau de télécommunications, les systèmes d'exploitation, les logiciels antivirus, les serveurs d'accès, etc.). Pour les infrastructures et les applications critiques, le soutien du Technocentre est assuré 24 heures par jour. Le Technocentre se préoccupe également de la mise en place d'infrastructures de sécurité protégeant les données et les équipements régionaux.

L'Infocentre régional a pour but de faciliter l'accès des établissements aux données stratégiques permettant d'améliorer et de mesurer la qualité des services ainsi que d'évaluer les résultats des mesures mises en place. Plusieurs banques de données sont ainsi accessibles aux établissements, par le biais d'un portail et des outils tels que la cartographie d'indicateurs, selon différents découpages territoriaux.

Le conseil d'administration

Mandat

Le conseil d'administration administre les affaires de l'Agence et en exerce tous les pouvoirs. Il a notamment pour fonctions :

- D'identifier les priorités relatives aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir.
- De répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition.
- De nommer les cadres supérieurs et le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

Résultats atteints

Le conseil d'administration a tenu huit rencontres en 2010-2011. Outre les questions relatives à la répartition des ressources humaines, matérielles et financières, les questions suivantes ont également fait l'objet d'une attention particulière de la part du conseil d'administration :

- le Plan stratégique régional 2010-2015 et le Plan d'action régional 2011-2013;
- le Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité des services pour les personnes ayant une déficience;
- les plans régionaux des effectifs médicaux;
- l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits;
- la prévention et le contrôle des infections nosocomiales;
- les mesures de contrôle (contention et isolement) dans les établissements;
- la reconnaissance d'organismes communautaires;
- la création d'un nouvel établissement à Trois-Rivières;
- la révision du Programme régional d'accès aux services en langue anglaise;
- le renouvellement des instances consultatives de l'Agence.

Enfin, à chaque assemblée, les membres du conseil d'administration ont souligné les bons coups réalisés par le réseau et ses partenaires. Des motions de félicitations ont ainsi été adressées :

- aux finalistes régionaux aux Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux;
- aux organisateurs des activités de recrutement de la main-d'œuvre et de promotion des emplois;
- aux finissants du Campus mauricien de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal;
- aux partenaires du Réseau d'accessibilité médicale Drummond;
- aux responsables du Laboratoire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (LIRISS) de l'UQTR;
- aux acteurs impliqués dans le déploiement de l'offre de service 24/7 du service Info-Social.

Liste des membres du conseil d'administration (au 31 mars 2011)

M^me^ Denise Beaumier-Ferland	Collège *Cooptation* Shawinigan
D^r^ Christian Carrier	Collège *Table des chefs de département de médecine spécialisée* Trois-Rivières
M^me^ Denise Chandonnet	Collège *Comités des usagers des établissements* Shawinigan
M. Éric Chevalier, vice-président	Collège *Organismes socioéconomiques* Trois-Rivières
M^me^ Lynda Michaud	Collège *Organismes représentatifs du milieu syndical* Trois-Rivières
M. Vianney Croteau	Collège *Centres de santé et de services sociaux* La Tuque
M^me^ Patricia Ladouceur	Collège *Cooptation* Louiseville
M. Jean-Guy Doucet	Collège *Établissements à mission régionale* Saint-Léonard-d'Aston
M^me^ Julie Beaulieu	Collège *Cooptation* Drummondville
M. Vincent Guay	Collège *Commission multidisciplinaire régionale* Victoriaville
M. Gérald Lapierre, président	Collège *Organismes socioéconomiques* Drummondville
M^me^ Josée Panneton	Collège *Commission infirmière régionale* Trois-Rivières
D^r^ Paul Pépin	Collège *Département régional de médecine générale* Saint-Léonard-d'Aston
M^me^ Denise Pronovost	Collège *Organismes du milieu communautaire* Champlain
M. Rémi Tremblay	Université du Québec à Trois-Rivières Trois-Rivières
M^me^ Suzanne Corriveau	Collège *Organismes du secteur public de l'enseignement* Plessisville
M. Jean-Denis Allaire, secrétaire	Membre d'office Président-directeur général de l'Agence

Le rapport de suivi sur l'application du code d'éthique et de déontologie

Le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration (voir annexe A) prévoit que le rapport annuel de gestion de l'Agence doit faire état, pour l'année écoulée, des données suivantes relatives au suivi de l'application du code :

- le nombre de cas traités et leur suivi;
- le nombre et la nature des manquements constatés;
- les décisions et sanctions imposées;
- le nom des administrateurs révoqués ou suspendus.

Pour l'année 2010-2011, aucune situation de manquement au code d'éthique et de déontologie n'a été signalée ou traitée, aucune décision ou sanction n'a été imposée et aucun administrateur n'a été révoqué ou suspendu.

Les comités du conseil

Le comité de vigilance et de la qualité

Mandat

- Assurer auprès du conseil d'administration le suivi des recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées.
- Veiller à ce que l'Agence s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers ou autres utilisateurs de services.

Résultats atteints

Le comité a tenu quatre rencontres en 2010-2011. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- les recommandations et suivis du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services;
- le suivi des dossiers prioritaires du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services;
- le suivi des dossiers des coroners;
- le rapport annuel des plaintes;
- le bilan des activités du comité pour la période allant de septembre 2009 à août 2010 et l'appréciation du fonctionnement du comité;
- le processus d'accréditation des ressources en toxicomanie;
- le processus de certification des résidences pour personnes âgées;
- les informations reçues du commissaire : objectifs annuels, journée des comités des usagers, rapport annuel du Protecteur du citoyen;
- la présentation du plan d'action annuel du dossier Qualité;
- la présentation du dossier de l'agrément.

Le comité n'a pas déposé de recommandations au conseil d'administration au cours de cette année.

Liste des membres du comité de vigilance et de la qualité (au 31 mars 2011)

M^me^ Denise Beaumier-Ferland	Collège *Cooptation*
M^me^ Denise Chandonnet	Collège *Comités des usagers des établissements*
M^me^ Denise Pronovost	Collège *Milieu communautaire*
M. Denis Grenier	Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
M. Jean-Denis Allaire	Président-directeur général de l'Agence

Le comité de vérification

Mandat

Le comité de vérification, sous l'autorité du conseil d'administration, a pour fonctions :

- De procéder à l'analyse des prévisions budgétaires annuelles à être soumises au conseil d'administration.
- De procéder à l'examen périodique de l'évolution de la situation budgétaire de l'Agence en comparaison avec les prévisions adoptées par le conseil d'administration.
- D'assurer le suivi de la gestion financière par :
  - La connaissance au préalable des contrôles financiers internes existants à l'occasion de discussions avec la permanence de l'Agence.
  - L'examen des renseignements financiers découlant de l'application de ces contrôles internes (rapports périodiques internes, rapports requis par le MSSS).
  - Le suivi des recommandations, s'il y a lieu, du Vérificateur général du Québec concernant la gestion financière.
- De procéder à l'examen des états financiers de l'Agence.
- De présenter au conseil d'administration les états financiers annuels, accompagnés de commentaires et recommandations, s'il y a lieu.
- De ratifier tous les trois mois les avances et les remboursements des frais de déplacement du président du conseil d'administration.

Résultats atteints

Le comité a tenu quatre rencontres en 2010-2011. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- le suivi du Plan de vérification 2009-2010;
- le rapport financier annuel 2009 de l'équipe régionale de la santé au travail;
- le rapport financier annuel consolidé 2009 de la santé au travail;
- le rapport financier annuel 2009-2010 de l'Agence;
- les prévisions budgétaires 2010-2011 de l'Agence;
- les rapports financiers périodiques de l'Agence.

Le comité a déposé six recommandations au conseil d'administration pour l'adoption des rapports financiers périodiques et des rapports financiers annuels de l'Agence pour l'exercice financier 2010-2011.

Liste des membres du comité de vérification (au 31 mars 2011)

M. Éric Chevalier	Collège *Organismes socioéconomiques*
M^me^ Suzanne Corriveau	Collège *Milieu de l'enseignement*
M. Vianney Croteau	Collège *Centres de santé et de services sociaux*
M. Vincent Guay	Collège *Commission multidisciplinaire régionale*
M. Gérald Lapierre, président du conseil d'administration	Collège *Organismes socioéconomiques*

Le comité de développement des compétences

Mandat

Le comité de développement des compétences, sous l'autorité du conseil d'administration, a pour fonctions :

- De proposer une politique de développement des compétences visant à structurer et encadrer les activités à offrir aux membres du conseil au regard des compétences appropriées à acquérir, individuellement et collectivement, pour la réalisation optimale de leur mandat.
- De conseiller la mise en place de moyens et d'activités de soutien favorisant le développement des compétences requises pour l'accomplissement optimal du mandat des membres du conseil.
- De conseiller et soutenir l'organisation des activités d'accueil, d'orientation et d'intégration des nouveaux membres du conseil.
- D'identifier des thématiques annuelles de formations « sur mesure » ou planifiées pour les membres du conseil.
- De contribuer à la préparation de l'évaluation annuelle du fonctionnement du conseil.
- De s'assurer de la mise en place d'activités bisannuelles d'appropriation du code d'éthique et de déontologie.

Résultats atteints

Le comité n'a pas tenu de rencontres en 2010-2011 compte tenu du dépôt du projet de loi 127 visant à améliorer la gestion des services de santé et des services sociaux. Ce projet de loi, lorsqu'il sera adopté, viendra notamment préciser le rôle et la composition des conseils d'administration des agences et de leurs comités.

Liste des membres du comité de développement des compétences (au 31 mars 2011)

M. Vincent Guay	Collège *Commission multidisciplinaire régionale*
M^me^ Patricia Ladouceur	Collège *Cooptation*
M. Gérald Lapierre	Collège *Organismes socioéconomiques*
M. Jean-Denis Allaire	Président-directeur général de l'Agence

Les instances consultatives au conseil

Le Forum de la population

Mandat

Le Forum de la population est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence :

- D'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de la santé et du bien-être.
- De formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles, et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de ces services.
- Donner son avis sur le Plan stratégique pluriannuel d'organisation de services et sur le Plan d'action régional de santé publique (PARSP).

Résultats atteints

Outre la rencontre annuelle avec les membres du conseil d'administration de l'Agence, qui s'est tenu en décembre 2010, le Forum de la population a tenu cinq rencontres en 2010-2011, dont une rencontre téléphonique. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- le rôle et le fonctionnement du Forum de la population;
- les faits saillants du rapport annuel 2009-2010 du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services;
- l'application du régime d'examen des plaintes dans le contexte des résidences privées pour personnes âgées;
- les responsabilités de l'Agence relativement à la certification des résidences privées pour personnes âgées;
- le Forum sur la communication des risques;
- la fonction communication à l'Agence et l'univers médiatique;
- le Plan régional 2010-2015 sur le vieillissement.

Le Forum a transmis au conseil d'administration :

- le rapport de la présidente de même que le bilan 2009-2010 de ses activités;
- deux avis, l'un portant sur le Plan stratégique régional 2010-2015 et l'autre sur le Plan sur le vieillissement 2010-2015.

Liste des membres du Forum de la population (au 31 mars 2011)

M^me^ Liette H. Moreau, présidente	Trois-Rivières
M^me^ Marie-France Turcotte, vice-présidente	Trois-Rivières
M. Mario Alain	Trois-Rivières
M^me^ Georgette Asselin	Nicolet-Yamaska
M^me^ Lise Carignan	Arthabaska
M^me^ Julie Gosselin	Trois-Rivières
M^me^ Nathalie Goyens	Bécancour
M. Michel Lemire	Nicolet-Yamaska
M. François Munyabagisha	Drummond
M^me^ Lise Tanguay Provencher	Bécancour
M. François Rheault	Arthabaska
M. Pierre Rodrigue	Arthabaska
M^me^ Lucie Tremblay-Arbour	La Tuque
M. Louis Vanasse	Shawinigan

La Commission multidisciplinaire régionale

Mandat

La Commission multidisciplinaire régionale est principalement responsable envers le conseil d'administration de l'Agence de donner son avis sur :

- L'organisation, la distribution et l'intégration des services dans la région de même que sur la planification de la main-d'œuvre à la lumière des plans régionaux d'organisation des services.
- Certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région.
- Les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Résultats atteints

La Commission multidisciplinaire régionale a tenu quatre rencontres en 2010-2011. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- le Plan stratégique régional 2010-2015 et le Plan d'action régional 2011-2013;
- le Plan régional de main-d'œuvre en santé et services sociaux;
- le Plan sur le vieillissement 2010-2015;
- le processus de renouvellement des instances consultatives de l'Agence.

Liste des membres de la Commission multidisciplinaire régionale (au 31 mars 2011)

M^me^ Gisèle Dumas CSSS de l'Énergie	*Collège des conseils multidisciplinaires des établissements* Domaine social
M. François Gallant Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	
M^me^ Liette Côté CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska	*Collège des conseils multidisciplinaires des établissements* Domaines de la réadaptation et de la santé
M^me^ Nicole St-Pierre CSSS du Haut-Saint-Maurice	
M^me^ Sophie Lacasse Centre jeunesse MCQ	*Collège des conseils multidisciplinaires des établissements* Domaines techniques
M. Yves Houle CRDITED MCQ	
M^me^ Guylaine Milot CSSS de Maskinongé	
M. Paul Désilets Centre jeunesse MCQ	*Collège des gestionnaires*
Poste vacant	
M^me^ Marie-Claude Blais Département de psychologie, UQTR	*Collège de l'enseignement universitaire dans les domaines sociaux*
M^me^ Jocelyne Moreau Département de psychoéducation, UQTR	*Collège de l'enseignement universitaire dans les domaines de la santé*
M. Vincent Guay Cégep de Victoriaville	*Collège de l'enseignement collégial*
M^me^ Anick Sauvageau Centre de réadaptation InterVal	Membre observatrice
M. Serge Beauchamp Pour le président-directeur général de l'Agence	Membre d'office

La Commission infirmière régionale

Mandat

La Commission infirmière régionale est principalement responsable envers le conseil d'administration de l'Agence de donner son avis sur :

- L'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers dans la région et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, à la lumière des plans régionaux d'organisation des services.
- Certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers.
- Les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Résultats atteints

La Commission infirmière régionale a tenu six rencontres en 2010-2011, dont une par conférence téléphonique. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- le Plan stratégique régional 2010-2015 et le Plan d'action régional 2011-2013;
- le Plan régional de main-d'œuvre en santé et services sociaux;
- le Plan d'effectifs 2010-2011 pour les infirmières praticiennes spécialisées de 1re ligne;
- le Plan sur le vieillissement 2010-2015;
- les activités régionales de recrutement et de promotion de la profession infirmière;
- le processus de renouvellement des instances consultatives de l'Agence.

Liste des membres de la Commission infirmière régionale (au 31 mars 2011)

Mme Catherine Laquerre CSSS de Maskinongé	*Collège des comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers*
Mme Josée Panneton CHRTR	
M. Jean-Paul Marcoux Membre du CII du CRDITED MCQ	
Mme Denise Fillion CSSS Drummond	
Mme Denise Gauvin CHRTR	
Mme Michelle Carignan CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	*Collège des comités d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires*
Mme Dolorès Pronovost CSSS de l'Énergie	
M. Sylvain Giguère Centre de réadaptation InterVal	*Collège des gestionnaires des soins infirmiers des établissements*
Mme Sylvie Girard CSSS du Haut-Saint-Maurice	
Mme Michèle Côté Université du Québec à Trois-Rivières	*Collège de l'enseignement universitaire*
Mme Hélène Beauchesne Cégep de Victoriaville	*Collège de l'enseignement collégial*
Mme Anne Bolduc CSSS Drummond	Membre observatrice
Mme Peggy Richard, infirmière praticienne spécialisée, CSSS de l'Énergie	Membre cooptée
Mme Evlyn Matthieu Pour le président-directeur général de l'Agence	Membre d'office

Les instances consultatives à la Présidence-direction générale

Le Département régional de médecine générale

Mandat

Le Département régional de médecine générale (DRMG), sous l'autorité du président-directeur général, a les responsabilités suivantes :

- Faire des recommandations sur le plan régional des effectifs médicaux en omnipratique.
- Définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux.
- Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux.
- Faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières.
- Faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux.
- Donner son avis sur tout projet relatif à la dispensation des services médicaux généraux.
- Assurer la mise en place et l'application des décisions de l'Agence en ces domaines et en évaluer l'atteinte des objectifs.

Résultats atteints

Le comité de direction du DRMG a tenu huit rencontres en 2010-2011. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- l'accueil clinique;
- le modèle d'organisation et de prise de rendez-vous *Advanced Access*;
- le service-conseil en prévention clinique;
- le médecin répondant en psychiatrie;
- le projet de dépistage de l'hypertension artérielle en 1re ligne;
- le renouvellement des accréditations des GMF;
- les ordonnances collectives en 1re ligne;
- les infirmières praticiennes spécialisées en 1re ligne;
- la situation des urgences périphériques;
- le Dossier médical électronique (Omnimed);
- la formation en gériatrie;
- le colloque sur les GMF;
- le Plan régional d'effectifs médicaux;
- le Cadre de référence régional du guichet d'accès pour les patients orphelins de la Mauricie et Centre-du-Québec;
- les activités médicales particulières;
- l'informatisation des GMF et du réseau;
- les coopératives de santé;
- les cliniques réseau;
- la Planification stratégique régionale 2010-2015.

Liste des membres du comité de direction du DRMG (au 31 mars 2011)

Dre Manon Bernier	Table médicale territoriale d'Arthabaska-et-de-l'Érable
Dr Réjean Duplain	Représentant de la faculté de l'Université de Montréal – Campus Mauricie
Dr Benoît Gervais	Table médicale territoriale de Drummondville
Dr Guy Gingras	Table médicale territoriale du Haut-Saint-Maurice
Dr Guy Grenier	Table médicale territoriale de Maskinongé
Dr Jocelyn Hébert	Table médicale territoriale de Bécancour–Nicolet-Yamaska
Dr Denis Huot	Table médicale territoriale de l'Énergie
Dre Christine Jacques	Table médicale territoriale de la Vallée-de-la-Batiscan
M. Jean-Denis Allaire	Membre d'office Président-directeur général de l'Agence
Poste vacant depuis octobre 2010	Table médicale territoriale de Trois-Rivières

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Mandat

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS) exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les principales responsabilités suivantes :

- Faire des recommandations sur le Plan régional des effectifs médicaux spécialisés.
- Définir et proposer le Plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés.
- Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés.
- Donner son avis sur certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments.
- Donner son avis sur l'instauration des corridors de services proposés par le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS).

Résultats atteints

Le comité de direction de la TRCDMS a tenu cinq rencontres en 2010-2011. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- le dossier ECG – 12 dérivations pour les services préhospitaliers d'urgence;
- les ententes interétablissements en imagerie médicale;
- la méthodologie de répartition des enveloppes de maintien-renouvellement et de développement des équipements médicaux;
- le comité régional pour la prise en charge de l'infarctus du myocarde – suivi des activités;
- le mécanisme d'accès en imagerie médicale – suivi des activités;
- la Planification quinquennale 2010-2015 des plans d'effectifs médicaux en spécialité;
- l'unité de soins intensifs fermés à implanter au CHRTR;
- la Planification stratégique régionale 2010-2015;
- la procréation médicalement assistée;
- le Dossier de santé du Québec (DSQ) et le Dossier patient électronique (DPE).

Liste des membres du comité de direction de la TRCDMS (au 31 mars 2011)

Dr Christian Carrier	Membre élu, Médecine de laboratoire CHRTR
Dr Georges Dufour	Membre élu, Chirurgie CSSS de l'Énergie
Dr Simon Falardeau	Membre élu, Médecine CSSS Drummond
Dr Jean-Claude Cantin	Membre coopté, Pédiatrie CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable
Dr Georges Desrochers	Membre coopté, Médecine CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable Représentant du Centre-du-Québec
Poste vacant	Membre coopté, Faculté de médecine Université de Montréal
Dr Jacob-Philipp Haddad	Membre coopté, Chirurgie, CHRTR, représentant de la Mauricie
Dr Pierre Lapointe	Membre coopté, Psychiatrie CSSS de l'Énergie
Dr Michel Leblanc	Membre coopté, Médecine nucléaire, CHRTR
Dr Stéphane Pelletier	Membre coopté, Anesthésiologie CSSS Drummond
Dr Luc St-Pierre	Membre coopté, Gynécologie obstétrique CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable
M. Jean-Denis Allaire	Membre d'office Président-directeur général de l'Agence

Le comité régional des services pharmaceutiques

Mandat

Le comité régional sur les services pharmaceutiques exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes :

- Faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre.
- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments.
- Donner son avis sur les approches novatrices en soins et services pharmaceutiques.

Résultats atteints

En 2010-2011, le comité régional sur les services pharmaceutiques a tenu quatre rencontres et une conférence téléphonique. Au cours de ces réunions, les questions suivantes ont été abordées :

- la mise à jour et le suivi concernant la planification régionale de l'organisation des services pharmaceutiques – circuit du médicament : bilan de la phase I et perspectives de la phase II du projet de systèmes automatisés et robotisés pour la distribution de médicaments (SARDM);
- l'optimisation des soins pharmaceutiques à travers les réseaux locaux de services, pharmacien en GMF : formation d'un sous-comité de travail;
- le suivi sur les ordonnances collectives régionales : thérapie de remplacement à la nicotine et pédiculose;
- la prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques;
- le Dossier de santé du Québec;
- la planification de la main-d'œuvre;
- la création d'une tuile sur le site Internet de l'Agence pour les pharmaciens de la région;
- la communication du profil pharmacologique d'un usager pour les patients hospitalisés;
- la Planification stratégique régionale 2010-2015;
- la révision des règles de désignation et de fonctionnement du comité en vue du renouvellement de sa composition.

Liste des membres du comité régional sur les services pharmaceutiques (au 31 mars 2011)

M. Charles Fortier, président	Pharmacien salarié établissement de santé CSSS Drummond
M^me^ Louise Deshaies, vice-présidente	Pharmacienne propriétaire (RLS Trois-Rivières)
M^me^ Chantal Morissette	Pharmacienne salariée communautaire
Poste vacant	Pharmacien-chef
M. Nicolas Blanchette	Pharmacien propriétaire (RLS Drummond)
M^me^ Hélène Lamy	Pharmacienne salariée CSSS de l'Énergie
M. Mathieu Lapointe	Pharmacien-chef CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable
M^me^ Isabelle Jacques	Pharmacienne salariée communautaire (RLS Trois-Rivières)
M. Jean-Denis Allaire	Membre d'office Président-directeur général de l'Agence

Le comité pour les programmes d'accès en langue anglaise

Mandat

Le comité d'accès à des services en langue anglaise est responsable de donner son avis sur les programmes d'accès à des services en langue anglaise élaborés par l'Agence, d'évaluer ces programmes et, le cas échéant, d'y suggérer des modifications.

L'Agence a procédé au renouvellement de la composition du comité en 2010-2011. Pour ce faire, un appel de candidatures a été diffusé auprès des établissements, des écoles anglophones, des associations représentatives de la communauté anglophone ainsi que des organismes socioéconomiques concernés. Les nouveaux membres du comité régional ont été désignés en janvier 2011.

Résultats atteints

Le comité d'accès à des services en langue anglaise a tenu deux rencontres en 2010-2011, au cours desquelles les projets associés à la mise en œuvre de la Politique régionale d'accessibilité linguistique et la démarche de révision du Programme régional d'accès aux services en langue anglaise ont été les principaux sujets abordés. Le comité a livré au conseil d'administration un avis favorable à la reconduction du programme d'accès adopté en 2007.

Liste des membres du comité pour les programmes d'accès en langue anglaise (au 31 mars 2011)

M^me^ Carol Chiasson	Trois-Rivières
M^me^ Charlotte Dousett	Trois-Rivières
M. Stéphane Roy	Shawinigan
M^me^ Elana MacDougall	Trois-Rivières
M^me^ Sue Abbott	Trois-Rivières
M. Geoffrey Mecham	Sainte-Clothilde-de-Horton

CHAPITRE 3

LE PROJET RÉGIONAL ET SES PRINCIPAUX ENJEUX

L'élaboration d'une nouvelle planification stratégique

Faisant suite à une démarche de consultation des établissements du réseau, du milieu communautaire et de plusieurs partenaires sectoriels et intersectoriels, l'Agence a doté la région d'un plan stratégique pluriannuel pour les années 2010 à 2015. Adopté par le conseil d'administration le 19 mai 2010, ce plan stratégique a été analysé et approuvé officiellement le 20 décembre suivant par le ministre Bolduc et la ministre Vien.

La vision régionale sous-jacente au Plan stratégique 2010-2015 de la Mauricie et du Centre-du-Québec est d'agir en réseaux locaux performants, au sein d'un réseau régional cohérent, assurant à la population l'accès aux services le plus près possible de son milieu de vie. Les quatre enjeux auxquels il doit répondre sont :

- action concertée sur les déterminants et réduction des inégalités de santé et de bien-être;
- accessibilité, continuité et hiérarchisation des services;
- qualité et efficience des services à la population;
- gestion renouvelée des ressources humaines.

Un plan de mise en œuvre sur deux ans

Afin de faciliter une action collective et cohérente vers la réalisation du plan stratégique, un premier plan d'action régional couvrant les exercices 2011-2012 et 2012-2013 a été élaboré et déposé au MSSS le 1er février 2011. Dans un contexte de ralentissement du rythme de croissance des dépenses, le plan d'action symbolise les choix nécessaires à une vision intégrée, une concentration et une intégration des efforts sur des leviers jugés nécessaires à l'amélioration de la performance. Dans le même sens, le plan d'action constitue la base des prochaines ententes de gestion avec le MSSS et avec les établissements.

Dans l'exercice de son rôle, l'Agence a assuré la cohérence des actions priorisées avec le Plan stratégique régional. Le contenu du Plan d'action 2011-2013 est le fruit d'un processus porté par l'équipe d'encadrement de l'Agence et visant l'intégration de tous les programmes-services et des secteurs de soutien telles les ressources humaines, informationnelles et financières. Ce projet régional s'est aussi enrichi de la participation des établissements du réseau par les échanges avec le Comité régional des directeurs généraux et par une consultation des équipes de direction de chaque établissement. De plus, les commentaires obtenus auprès des établissements lors de l'analyse de faisabilité du plan stratégique ont été réinvestis dans ce processus.

Le Plan d'action 2011-2013 contient deux sections : les actions associées à la réalisation de trois projets intégrateurs et les actions pour le parachèvement de priorités et de plans d'action spécifiques. Les trois projets intégrateurs portent sur les maladies chroniques, le vieillissement de la population et les ressources humaines. Ces projets visent essentiellement à canaliser les actions du réseau pour agir sur l'ensemble de l'organisation des soins et services, ainsi que sur les ressources humaines essentielles à la réponse aux besoins de ces clientèles. Enfin, chaque objectif stratégique de résultat retenu dans ce premier plan d'action est présenté sur une fiche comprenant les actions ciblées, leur bien-fondé, les résultats attendus pour les deux exercices couverts, les contributeurs à la réalisation ainsi que leurs rôles et responsabilités.

2010-2015

Plan stratégique
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

4 enjeux, 8 orientations, 34 objectifs de résultats (dont 24 sous-objectifs)

Source : Plan d'action 2011-2013, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, p. 10.

CHAPITRE 4

LA STRATÉGIE RÉGIONALE D'OPTIMISATION

L'Agence et les établissements se sont dotés d'une démarche régionale d'optimisation nous permettant de réaliser notre vision régionale sous-jacente à la Planification stratégique 2010-2015, qui est d'agir en réseaux locaux performants, au sein d'un réseau régional cohérent, assurant à la population l'accès aux services le plus près possible de son milieu de vie.

La stratégie régionale d'optimisation nous inscrit dans une quête d'amélioration continue de la performance du réseau. Les gains de performance résulteront d'une combinaison d'actions locales et régionales. À cet égard, l'Agence et les établissements publics de la région se sont associés à la Chaire IRISS de l'UQTR pour soutenir l'implantation de la philosophie LEAN et la gestion de l'amélioration continue. Les établissements sont accompagnés, selon une approche adaptée à chacun, dans la planification de leurs activités d'amélioration continue.

Ce choix stratégique vise à intervenir sur quatre axes qui contribueront à la création d'une culture régionale de performance :

- introduire une réflexion LEAN auprès des équipes de direction des établissements et promouvoir l'adoption d'une culture de performance;
- former du personnel à la réalisation de projets d'optimisation;
- favoriser le transfert des connaissances;
- évaluer le déploiement des activités d'amélioration continue.

Concrètement, plusieurs projets d'optimisation sont en cours de réalisation au sein des établissements, dont 24 avec le concours de la Chaire IRISS, dans le cadre du Programme court de formation de 2e cycle conçu à l'intention des gestionnaires. S'ajoutent à ceux-ci certains grands projets à portée régionale. En ce qui a trait, enfin, au transfert des connaissances et à l'évaluation, l'Agence et les responsables de la Chaire IRISS ont entrepris la conception d'un outil destiné aux établissements pour le recensement et la diffusion des projets d'optimisation réalisés ou en cours de réalisation en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Les projets régionaux d'optimisation

Progiciels administratifs régionaux (PAR)

Tous les établissements sont à pied d'œuvre dans la démarche d'optimisation et d'harmonisation de leurs processus administratifs respectifs liés au cycle de paie. Cette démarche a entraîné l'amorce d'une réflexion eu égard à la mise en commun des services de traitement de la paie.

Ressources informationnelles

La région s'est dotée d'un Plan stratégique régional des ressources informationnelles (PSRRI) 2010-2015. En outre, le modèle de gouvernance régionale adopté nous permettra d'assurer une gestion cohérente et efficiente des ressources informationnelles et du PSRRI 2010-2015.

Buanderies

Des travaux sont entrepris en vue d'optimiser les processus utilisés dans les buanderies. Notamment, l'opportunité d'effectuer certains regroupements est analysée.

Maladies chroniques

Ce dossier constitue une priorité régionale, pour laquelle sont concentrées plusieurs des actions identifiées au Plan d'action 2011-2013 du Plan stratégique régional. L'objectif est d'éviter ou de retarder l'apparition des maladies chroniques, d'améliorer la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes et de réduire le recours à des services plus lourds, telles l'urgence et l'hospitalisation.

Info-Social

Le déploiement régional d'une réponse téléphonique 24/7 en matière de services psychosociaux a été complété en décembre 2010. Cette réalisation est issue de la priorité donnée par l'Agence, en 2008, à l'optimisation de l'offre de service actuelle du volet Info-Social. L'utilisation de ce service permet à la population d'obtenir un accès simplifié aux services psychosociaux.

CHAPITRE 5

LA PARTICIPATION DE LA POPULATION ET LES DROITS DES USAGERS

Le Forum de la population

En 2010-2011, cinq rencontres du Forum de la population ont permis aux membres et à des représentants de l'Agence d'échanger à propos de différents sujets : les mandats dévolus au Forum, les responsabilités du réseau public à l'égard des résidences privées pour personnes âgées, le régime d'examen des plaintes, la communication à la population et la promotion des bons coups, la Planification stratégique régionale de même que le Plan sur le vieillissement 2010-2015.

Le Forum de la population a émis deux avis au conseil d'administration de l'Agence en 2010-2011. Ces avis portaient sur la Planification stratégique régionale ainsi que sur le Plan sur le vieillissement pour la période allant de 2010 à 2015.

La première rencontre entre le Forum et le conseil d'administration de l'Agence a eu lieu le 8 décembre 2010. L'échange entre les membres du conseil d'administration et les membres du Forum a principalement porté sur le thème de la communication, notamment sur les moyens qui peuvent être utilisés pour mieux renseigner la population et pour promouvoir les bons coups réalisés dans le réseau régional de la santé et des services sociaux.

L'examen des plaintes

L'amélioration de la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits sont assurés notamment par le traitement diligent des plaintes et la conduite d'interventions par les commissaires aux plaintes et à la qualité des services.

Le tableau qui suit présente un bilan des plaintes traitées et des interventions effectuées par le commissaire régional de l'Agence, par les commissaires locaux et les médecins examinateurs des établissements de la région.

	2010-2011	2009-2010	2008-2009
Plaintes conclues par l'Agence, par type d'instance			
Organismes communautaires	11	22	17
Services préhospitaliers d'urgence	19	20	20
Résidences pour personnes âgées	29	32	21
Services et fonctions de l'Agence	2	2	6
Ressources d'hébergement en dépendances	-	S. O.	S. O.
Total	**61**	**76**	**64**
Interventions de l'Agence, par type d'instance			
Organismes communautaires	1	3	0
Services préhospitaliers d'urgence	5	10	3
Résidences pour personnes âgées	54	42	40
Services et fonctions de l'Agence	2	3	1
Ressources d'hébergement en dépendances	-	S. O.	S. O.
Autre	1	S. O.	S. O.
Total	**63**	**58**	**44**
Bilan des dossiers de plainte conclus par les établissements, par mission			
Centres hospitaliers	573	522	596
Centres locaux de services communautaires (CLSC)	93	128	138
Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)	76	85	93
Centres jeunesse	82	76	84
Centres de réadaptation	45	47	49
Total	**869**	**858**	**960**
Bilan des catégories de motifs de plainte conclues par les établissements			
Accessibilité	180	167	262
Soins et services dispensés	110	393	497
Relations interpersonnelles	88	217	314
Organisation du milieu et ressources matérielles	154	125	151
Aspect financier	275	115	118
Droits particuliers et autres objets	458	56	101
Autre	6	1	N/D
Total	**1 271**	**1 074**	**1 443**

	2010-2011	2009-2010	2008-2009
Bilan des dossiers d'intervention conclus par les établissements, par mission			
Centres hospitaliers	165	210	185
Centres locaux de services communautaires (CLSC)	58	54	57
Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)	65	47	59
Centres jeunesse	7	13	11
Centres de réadaptation	5	2	3
Total	**300**	**326**	**315**

N. B. : Une plainte peut compter plusieurs objets.

L'un des principaux objectifs du régime d'examen des plaintes est de contribuer à l'amélioration de la qualité des services et au respect des droits des usagers. À ce sujet, il est intéressant de jeter un regard sur le nombre de motifs de plainte qui ont permis d'identifier des mesures correctives. Ainsi, il est pertinent de mentionner que des mesures correctives sont identifiées pour près de 58 % des motifs de plainte et d'intervention dont le traitement a été complété par le commissaire régional. Cette proportion est d'un peu plus de 47 % dans le cas des plaintes traitées et des interventions effectuées par les commissaires locaux des établissements de la région. Dans le cas des plaintes concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien, traitées par les médecins examinateurs des établissements, des mesures correctives ont été identifiées dans 19 % des motifs de plainte. Ces données permettent de mesurer l'efficacité et la contribution du traitement des plaintes à l'amélioration de la qualité des services.

La promotion des droits des usagers

Les différents rapports des commissaires aux plaintes et à la qualité des services font état des mécanismes mis en œuvre pour faciliter l'accès au régime des plaintes, notamment par la promotion du régime d'examen des plaintes, le code d'éthique et l'information sur les droits et obligations des usagers.

D'autre part, en vertu de la LSSSS, l'Agence a la responsabilité de développer des mécanismes de protection des usagers, de promotion et de défense de leurs droits. À cet égard, notre région s'est dotée de deux mécanismes qui favorisent l'intégration des actions de l'Agence, du commissaire régional, des commissaires locaux et des comités des usagers et de résidents en ce domaine. La coordination de ces mécanismes est confiée au commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

Les rencontres régionales des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services

Ces rencontres ont pour but d'assurer la cohérence et l'harmonisation des pratiques reliées au traitement des plaintes des usagers et à l'exercice des fonctions des commissaires aux plaintes et à la qualité des services. Le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes est toujours associé à ces rencontres.

Les faits saillants 2010-2011

Les commissaires ont tenu quatre rencontres au cours de l'année en 2010-2011. Ces activités visent principalement à aborder différentes questions en lien avec la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits, notamment :

- la planification de mécanismes de promotion du régime d'examen des plaintes;
- l'échange d'information sur différents aspects du traitement des plaintes et l'harmonisation des pratiques des commissaires aux plaintes;
- la consolidation des liens avec les instances nationales tels le MSSS et le Protecteur du citoyen;
- l'harmonisation des rapports annuels sur l'examen des plaintes.

Les activités de la Table régionale des comités des usagers et des comités de résidents

La Table régionale des comités des usagers et comités de résidents vise notamment à :

- informer et outiller les comités dans l'exercice de leurs fonctions;
- procurer un lieu de partage et d'échanges sur les pratiques et activités des comités;
- réaliser des activités visant à accroître la visibilité des comités au sein de la population et du réseau de la santé et des services sociaux.

Les faits saillants 2010-2011

La Table régionale a tenu cinq rencontres en 2010-2011. Au cours de ces réunions, les principales questions abordées ont été les suivantes :

- l'échange d'outils de promotion sur les droits entre les comités des usagers;
- le partage d'information sur les activités et les rapports annuels des comités des usagers;
- le rapport annuel régional sur la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits;
- le rapport annuel du Protecteur du citoyen;
- la présentation du bilan des activités au Comité régional des directeurs généraux;
- la Semaine régionale des comités des usagers et des comités de résidents visant à accroître la visibilité des comités au sein de la communauté et des établissements;
- la Journée régionale des comités des usagers et des comités de résidents, qui s'est déroulé le 4 octobre 2010 sous le thème *Les abus, de quoi parle-t-on?*

L'information aux usagers

Cette année, le bureau du commissaire régional a répondu à 265 demandes d'assistance. La réponse à ces demandes peut prendre la forme d'une aide à la formulation d'une plainte ou d'une assistance concernant un soin ou un service. À ce sujet, le commissaire a, entre autres, transmis de l'information générale, clarifié certains éléments, recommandé l'appelant vers la bonne ressource, agit à titre de conciliateur et, en quelques occasions, a intercédé auprès de collaborateurs.

CHAPITRE 6

LA QUALITÉ DES SERVICES

La prestation sécuritaire et la gestion des risques

- Tous les établissements ont déployé un système d'information sur la sécurité des soins et des services, soit l'application *SISSS* ou *GESRISK* hébergée par un serveur sécurisé de la SOGIQUE. Ce système leur permet d'alimenter leur registre local en y inscrivant toutes les informations recueillies et qui ont fait l'objet d'analyses, sur le formulaire prévu à cet effet. En 2010-2011, les établissements ont reçu de la formation sur la nouvelle version du système *SISSS* et ont transmis leurs données dépersonnalisées à la base de données commune que constitue le registre national.
- L'article 431 de la LSSSS est entré en vigueur le 1er mai 2011. Cet article stipule que le ministre doit constituer et maintenir à jour un registre national sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de services de santé et de services sociaux dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services.
- Dans le but d'uniformiser les pratiques de déclaration des incidents et des accidents et de standardiser la production de données du registre national, les responsables de la qualité des établissements ont élaboré un mandat pour un groupe de travail formé des gestionnaires de risques des établissements. La priorité est mise sur la déclaration des chutes pour l'année 2011-2012. Cette harmonisation devrait aussi permettre de réaliser des analyses régionales et des actions concertées à l'égard de la gestion des risques.
- La Direction des services administratifs et de la qualité a également participé à la consultation du MSSS pour effectuer la mise à jour du programme de formation à l'intention des membres du comité de gestion des risques développé en 2005.
- Le programme de formation AMPRO (approche multidisciplinaire de prévention des risques obstétricaux) est offert dans les établissements de la région offrant ce type de services (incluant la Maison de naissance du CSSS Bécancour–Nicolet-Yamaska). Axé sur la sécurité des soins aux patientes dans les services d'obstétrique, ce programme d'autoformation de trois ans assure le perfectionnement professionnel et l'amélioration de la performance des intervenants en obstétrique.

La démarche d'agrément

Afin de respecter leurs obligations légales, les établissements doivent, tous les trois ans, solliciter l'agrément des services de santé et des services sociaux qu'ils dispensent auprès d'un organisme d'accréditation reconnu. Les informations dont nous disposons permettent de dresser le portrait suivant :

- Depuis l'entrée en vigueur de cette obligation, les 15 établissements de la région (comprenant les CHSLD privés conventionnés) ont obtenu leur agrément soit du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS), du Conseil

québécois d'agrément (CQA) ou du programme d'agrément conjoint *Q-Mentum* par le CCASS et le CQA.

- Les renouvellements d'agrément se font dans le respect du délai prescrit de trois ans. En outre, huit établissements ont renouvelé leur agrément depuis 2009, dont sept au cours de l'année 2010-2011. Deux de ces établissements ont reçu un agrément avec condition sous forme de rapports à fournir aux organismes d'accréditation et au MSSS.
- Quatre établissements sont en cours de démarche de renouvellement et la visite d'évaluation est prévue au cours de l'année 2011-2012.
- Deux établissements devront faire leur démarche de renouvellement au cours de l'année 2012-2013.

L'utilisation des mesures de contrôle (contention)

L'Agence travaille depuis plusieurs années à l'implantation des orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, contention, isolement et substances chimiques. Le MSSS a également élaboré un cadre de référence pour soutenir l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle dans les établissements. Plus spécifiquement, ce document précise les modalités d'application des principes directeurs énoncés dans les orientations ministérielles et indique les informations requises dans les protocoles que les établissements doivent adopter.

En 2010-2011, des travaux régionaux ont été menés par le regroupement régional des directions de soins infirmiers et les représentants des établissements à vocation régionale dans le but d'harmoniser la compréhension de ce cadre de référence et de soutenir la mise à jour des protocoles locaux. Ces travaux permettront également, en 2011-2012, de convenir d'indicateurs communs, de réaliser un portrait régional à l'égard de l'application des mesures de contrôle et de cibler par la suite les actions qui pourront soutenir l'implantation des orientations ministérielles. Parmi ces actions, des activités de formation sont déjà prévues, notamment auprès du personnel œuvrant dans des établissements ayant une mission de soins de courte durée.

Les visites d'appréciation de la qualité et les suivis

Pour la période concernée, six installations appartenant à des établissements exerçant une mission CHSLD ont été visitées dans le cadre du Programme des visites ministérielles et un plan d'amélioration a été élaboré pour chacune d'entre elles. Au total, dans la région, depuis le début de la mise en œuvre de la démarche d'appréciation de la qualité en 2003-2004, 27 installations d'établissements ont été visitées. L'Agence poursuit l'accompagnement de 7 installations en CHSLD pour le suivi des plans d'amélioration.

Rappelons rapidement que ces visites ont pour but d'apprécier la qualité des services au sein de ces installations et d'évaluer l'état d'avancement des orientations ministérielles concernant le milieu de vie. Pour chacune des visites effectuées, un rapport comportant des recommandations a été produit. Les établissements sont invités à élaborer un plan d'action pour assurer le suivi des recommandations.

Les rapports de coroners

Pour l'année 2010-2011, trois rapports de coroners formulaient des recommandations aux établissements et organisations de notre région :

- Un de ces rapports s'adressait simultanément au MSSS, à l'Agence et à un établissement concernant les délais de traitement entraînés par les services d'hémodynamie hors région. Des travaux d'analyse sont en cours à l'Agence concernant cette recommandation.
- Un rapport visait la prévention des erreurs de médicaments dans un établissement.
- Un rapport était adressé à une entreprise ambulancière de la région concernant la formation continue sur le transport sécuritaire des usagers. Cet aspect sera revu dans la prochaine activité du Programme de formation continue des techniciens ambulanciers paramédics par la directrice médicale des services préhospitaliers d'urgence de l'Agence.

Des travaux sont menés par l'Agence afin d'assurer un suivi aux recommandations émises par les coroners.

Les prix d'excellence

Les Prix d'excellence sont remis chaque année à des établissements et à des organismes communautaires qui se sont démarqués par des réalisations exceptionnelles. Pour l'édition 2010-2011, quatre candidatures ont été reçues à l'Agence.

Les Prix d'excellence et mentions d'honneur du réseau de la santé et des services sociaux ont été décernés le 8 octobre 2010 par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le docteur Yves Bolduc et la ministre déléguée aux Services sociaux, madame Dominique Vien. Bien qu'ils n'aient pas remporté de prix dans leur catégorie respective, le CSSS Drummond et l'organisme communautaire Diabète Bois-Francs se sont rendus en finale dans chacune de leur catégorie, soit *Intégration des services* et *Impact sur la communauté*.

Lors de son assemblée publique du 10 novembre 2010, le conseil d'administration de l'Agence a souligné la qualité des initiatives présentées par ces deux finalistes régionaux et leur a adressé une motion de félicitations témoignant de la fierté et de la reconnaissance de l'Agence et du réseau devant leurs réalisations respectives.

La gestion intégrée des risques dans les agences

Un cadre de gestion destiné aux agences a été adopté par le Comité de gestion réseau (CGR). Ce document constitue une base de référence permettant aux agences de disposer de points de repère en matière d'amélioration continue de leurs pratiques de gestion. Le MSSS et les présidents-directeurs généraux ont également convenu de l'importance de la mise en application de ce cadre de gestion en priorisant le volet qui touche la gestion intégrée des risques.

Au cours de l'année 2010-2011, l'identification des principaux risques majeurs de l'Agence et une évaluation des contrôles actuels ont été réalisées. Par la suite, chaque risque a été documenté avec la collaboration des cadres et des professionnels concernés de l'Agence. Les résultats de cette démarche ont été présentés aux membres du conseil d'administration de l'Agence le 13 avril dernier avant d'être acheminés au MSSS.

Le plan d'action visant à améliorer la gestion de nos risques sera élaboré de façon à s'intégrer et à compléter, si requis, celui du Plan stratégique 2010-2015.

L'accessibilité linguistique

L'Agence a poursuivi les travaux associés à la mise en œuvre de la Politique régionale d'accessibilité linguistique en 2010-2011. Notamment, l'Agence a convenu d'une entente avec le Service d'aide aux Néo-Canadiens de Sherbrooke, afin de permettre aux établissements de la région de recourir à la banque d'interprètes mise sur pied par cet organisme. Aussi, une collaboration entre l'Agence, le Megantic English-Speaking Community Development Corporation et les centres d'actions bénévoles de Drummondville et de Plessisville a permis de recruter et d'offrir une formation à des accompagnateurs bénévoles bilingues venant en aide aux personnes unilingues de leur entourage.

Par ailleurs, conformément aux dispositions de la LSSSS, l'Agence a conduit une démarche de révision du Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise. À partir des conclusions du bilan d'implantation réalisé en 2009, de la consultation menée auprès des établissements à l'hiver 2011, des besoins identifiés par des membres de la communauté anglophone de la région, et enfin, d'un avis rendu par le comité régional d'accès aux services en langue anglaise, une proposition de reconduction du programme actuel a été transmise au gouvernement.

Soulignons enfin que la composition du comité régional pour des programmes d'accès à des services en langue anglaise a été renouvelée en 2010-2011. Le comité s'est réuni à deux reprises, principalement dans le but de formuler ses recommandations au conseil d'administration de l'Agence quant au Programme régional d'accès aux services en langue anglaise.

L'Institut universitaire en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement

L'Agence a accordé une somme non récurrente de 150 000 $ au CRDITED MCQ pour soutenir le déploiement de l'Institut universitaire en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement. Ce montant vise notamment le développement d'ententes de collaboration avec des experts internationaux et la réalisation d'activités structurantes de transfert des connaissances.

Les personnes présentant des problématiques multiples et complexes

L'Agence s'est dotée d'un Plan d'implantation des mesures du Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples. Ce plan précise la structure entourant le déploiement des quatre mesures annoncées dans le complément. De plus, dans une perspective de continuité, un plan d'action évolutif déterminant les étapes de mise en œuvre et décrivant l'ensemble des actions à mener pour l'actualisation des mesures a également été élaboré.

La mise en place de la structure d'implantation des quatre mesures du Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples s'actualise par la création et le pilotage :

- d'un comité de suivi à l'implantation des mesures;
- d'un groupe de travail pour la création d'un centre d'expertise et de formation sur les troubles du comportement;
- d'un groupe de travail clinique pour le service d'hospitalisation et d'hébergement sécuritaires, ainsi que pour le service d'évaluation externe.

Il est à noter que ces travaux sont pilotés par l'Agence avec la collaboration des établissements de la région, dans un principe d'autoportance régionale.

En accord avec le Comité régional des directeurs généraux, les tables des directeurs de programmes-services ont été mises à contribution dans le cadre de ces travaux. Elles ont ainsi participé aux mécanismes de consultation relatifs à la recension des besoins des établissements en ce qui a trait au développement d'expertise en matière de troubles du comportement.

La santé et le bien-être des femmes et l'analyse différenciée selon les sexes

- L'Agence participait aux deux ententes spécifiques 2007-2010 en matière d'égalité entre les femmes et les hommes; l'une pour la Mauricie et l'autre au Centre-du-Québec. Celles-ci ont été renouvelées pour un an sans modification des engagements de l'Agence.
- Un portrait des initiatives liées au genre au sein de l'Agence a été réalisé.
- Une rencontre a eu lieu entre le président-directeur général de l'Agence et les représentantes des deux tables régionales en condition féminine afin de préciser les attentes des tables et les perspectives de l'Agence dans ce dossier.
- La DSP a été confirmée dans son rôle de coordination du dossier et une professionnelle pivot pour la santé des femmes a été identifiée.
- L'Agence participe à la Table des partenaires en environnement et santé des femmes de la Mauricie.
- Aucun besoin de formation au regard de l'analyse différenciée selon les sexes n'a été exprimé au cours de l'année.

CHAPITRE 7

LES AFFAIRES MÉDICALES

Les effectifs en omnipratique

Les représentations par l'Agence et le DRMG font en sorte que le Ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) reconnaissent toujours la région de la Mauricie et Centre-du-Québec comme ayant une forte pénurie d'effectifs médiaux en omnipratique avec seulement 82,9 % d'atteinte de ses besoins.

En 2010, 24 nouveaux médecins ont obtenu des avis de conformité pour pratiquer dans la région, alors que le ministre en avait autorisé 23. Malgré l'arrivée de ces nouveaux médecins, la région ne réussit pas à combler l'écart pour ses besoins reconnus à 562 médecins omnipraticiens. Par ailleurs, quatre médecins ont pris leur retraite au cours de la dernière année.

	2010-2011	2009-2010
Effectifs médicaux en omnipratique (en équivalent temps complet)		
Médecins en place (ETC)	466	454
Besoins normalisés (ETC)	562	550
Écart selon les besoins	96	97
% d'atteinte du Plan d'effectifs de la région	82,9 %	82,4 %
% d'atteinte du Plan d'effectifs du Québec	86,5 %	87 %
Plan d'effectifs en omnipratique (nombre d'individus)		
Objectifs de croissance	23	25
Recrutement (avis de conformité)	24	30
Départs	4	4
Ajout net	20	26

Le recrutement de médecins étrangers

En 2010-2011, 35 médecins ont été parrainés par les établissements de la région. De ce nombre, 14 ont réussi l'examen du Collège des médecins du Québec, dont 10 spécialistes et 4 omnipatriciens, alors que 3 ont échoué l'examen de leur dossier ou abandonné la démarche en cours de route.

On compte 18 dossiers de parrainage actifs au 31 mars 2011. Ce sont donc 7 spécialistes et 11 omnipraticiens qui poursuivent leur démarche pour débuter un stage d'évaluation à l'automne 2011.

Plus de 99 candidatures ont été envoyées aux établissements pour évaluation en regard de leurs besoins respectifs.

Recrutement de médecins étrangers parrainés par les établissements

Omnipraticiens	2010-2011	2009-2010
Parrainés par les établissements	35	36
Permis de pratique obtenu	14	5

Les mesures incitatives

En 2010-2011, l'Agence a obtenu cinq nouveaux forfaits d'accessibilité pour favoriser l'installation de médecins dans la région, dont quatre octroyés par le DRMG.

Les effectifs en spécialités

L'année 2010 a été marquée par un changement d'orientation majeur dans l'élaboration des plans d'effectifs médicaux (PEM) des établissements dans l'ensemble du Québec. L'Agence, en collaboration étroite avec la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée et la Table des directeurs des services professionnels, a travaillé sur une planification des effectifs médicaux des établissements couvrant la période 2011-2015. Cette planification quinquennale a occupé une grande place et se poursuivra au cours de la prochaine année. Signalons que la proposition qui sera déposée au MSSS en mai 2011 sera élaborée à la suite des travaux entrepris par chaque agence, dans le but de redéfinir ou de confirmer, selon le cas, la mission hospitalière de chaque établissement.

- La région comptait 353 postes occupés par des spécialistes en avril 2010; ce nombre est passé à 363 en mars 2011. La chirurgie orthopédique, la pédiatrie, la psychiatrie et la radiologie diagnostique sont les spécialités où, dans certains établissements, le nombre de postes non comblés est problématique. Au CSSS du Haut-Saint-Maurice le poste au PEM en obstétrique gynécologie n'a pas trouvé preneur, de même qu'un des deux postes en anesthésiologie.
- Le Plan régional des effectifs médicaux 2011 (PREM), autorisé en décembre 2010, a augmenté de 15 postes. Conséquemment, son taux d'atteinte a légèrement diminué à 90,1 % pour l'ensemble des spécialités, même si le nombre absolu de postes occupés a augmenté de 10 médecins. Pour les spécialités de base, le taux d'atteinte du PREM est de 92,9 % tandis que pour les spécialités régionales, il est de 83,3 %. Au cours de l'année, 22 recrutements ont été réalisés par les établissements tandis que l'on a enregistré un seul départ à la retraite. Le recrutement net a donc été de 21 spécialistes. Cependant, 28 des médecins recrutés en 2009-2010 ou en 2010-2011 ne sont pas encore en place et s'installeront après le 31 mars 2011, dont 19 avant la fin de l'année 2011.

État du PREM en spécialités (individus) au 31 mars 2010

	Mars 2010		Mars 2009	
	PREM	Octroyés	PREM	Octroyés
▪ Spécialités de base et locales	283	263	272	253
▪ Spécialités régionales	120	100	114	100
Total	**403**	**363**	**386**	**353**

État du PREM en spécialités (individus) au 31 mars 2010		
	Mars 2010	**Mars 2009**
Postes vacants (Note 1)	**46**	**46**
Dépassements temporaires (dérogations)	**3**	**13**
Pourcentage d'atteinte du PREM		
▪ Spécialités de base et locales	92,9 %	93,0 %
▪ Spécialités régionales	83,3 %	87,7 %
Toutes les spécialités	**90,1 %**	**91,5 %**
Mouvements		
Recrutements	22	23
Départs	1	2
Ajout net	**21**	**21**

Note 1 : Dans certaines spécialités, le nombre total de postes octroyés est supérieur au PREM autorisé dans un établissement (dérogations). C'est pourquoi le nombre global de postes vacants ne tient pas compte de ces dépassements et reflète le nombre réel dans chaque établissement.

L'accès aux services médicaux de première ligne

Selon les données rendues disponibles par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), en 2010-2011, 70,5 % de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec était inscrite auprès d'un médecin de famille. Globalement, la région se place ainsi au 5e rang, comparativement aux autres régions du Québec, en ce qui a trait à l'inscription auprès d'un médecin de famille, ce qui, toutefois, n'en garantit pas l'accès en tout temps.

En décembre 2010, le DRMG a adopté le Cadre de référence du guichet d'accès aux clientèles orphelines (GACO) de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Chacun des huit RLS de la région possède un GACO fonctionnel, soit un processus d'orientation des patients sans médecin de famille. En 2010-2011, 3 617 clients orphelins ont été référés et pris en charge par un médecin de famille dont 2 249 personnes vulnérables.

Les groupes de médecine de famille

Les 21 GMF accrédités comprennent 251 médecins et 34 infirmières (équivalents temps complet). Au 31 mars 2011, environ 258 744 personnes étaient inscrites auprès d'un GMF, soit 53 % de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Groupes de médecine de famille en Mauricie et Centre-du-Québec au 31 mars 2011

GMF accrédités par territoire	Nombre	Nombre de médecins (incluant médecin responsable)	Personnes inscrites
Mauricie	9	97	91 293
Centre-du-Québec	12	154	167 451

Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne

Dans une perspective de hiérarchisation des soins et des services, l'introduction du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) a pour but d'améliorer l'offre et l'accès aux soins et services médicaux de première ligne. Concrètement, l'IPSPL contribue à la prise en charge et au suivi de nouveaux clients en partenariat avec le médecin de famille, répondant ainsi aux besoins populationnels non comblés.

En octobre 2010, le MSSS a transmis aux agences la répartition annuelle des IPSPL finissantes de 2010 à 2017, selon un nouveau mode de répartition qui

s'apparente au PREM pour les omnipraticiens. La cible visée pour la Mauricie et le Centre-du-Québec est de 44 IPSPL d'ici 2017. Ce nombre inclut les 12 bourses allouées à notre région dans le cadre du Programme d'intéressement 2008-2010. Cette répartition est basée sur les besoins populationnels et la situation de pénurie des omnipraticiens.

À ce jour, les deux premières IPSPL de la région sont en poste respectivement à Shawinigan et à Trois-Rivières, neuf candidates à l'exercice sont en stage sur les territoires de Maskinongé, Shawinigan, Drummondville, Bécancour–Nicolet-Yamaska et un boursier termine sa formation académique cette année.

Par ailleurs, un mandat de liaison *Éducation-santé* a été élaboré en partenariat avec l'UQTR afin de favoriser la mise en place de conditions facilitantes au développement et à l'implantation d'une pratique de collaboration interdisciplinaire dans les milieux de soins ainsi que la réalisation des stages sur les territoires de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

La formation universitaire

La formation médicale décentralisée

En 2010, les établissements de la région ont reçu un nombre très appréciable de stages de résidents et d'étudiants en externe dans le cadre de la formation médicale décentralisée. Un budget de 853 442 $ a été autorisé par le MSSS pour soutenir les établissements et les GMF. Ainsi, près d'une centaine d'étudiants et résidents provenant des quatre facultés de médecine ont effectué l'équivalent de 1 100 mois-stage dans cinq établissements de la région (le CHRTR, le CSSS Drummond, le CSSS de l'Énergie, le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable, le CSSS de Trois-Rivières, le CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska) et deux GMF (le GMF Bois-Francs 1 et le GMF St-Léonard).

Le campus universitaire et les unités de formation en médecine de famille (UMF)

- L'évolution du campus universitaire de la Faculté de médecine de Montréal, situé au CHRTR, s'est poursuivie avec l'arrivée, en septembre 2010, de 37 nouveaux étudiants en prémédecine à l'UQTR. Ceux-ci s'ajoutent aux 73 étudiants de la première et deuxième année et aux 63 étudiants qui poursuivent leur externat.
- Vingt résidents de médecine familiale ont été formés à l'UMF de Trois-Rivières et huit autres résidents à l'UMF de Shawinigan.

Programme de formation médicale décentralisée

Médecins de famille et spécialité de base	2010-2011	2009-2010
Externat et résidence Mois-stage répartis dans la région	1 100	1 164

Étudiants en provenance des quatre facultés de médecine.

Faculté de médecine de l'Université de Montréal (Campus)

Campus de Trois-Rivières	2010	2009
Prémed (UQTR)	37	32
1re année BAC	40	32
2e année BAC	33	32
3e année BAC (externat 1)	35	32
4e année BAC (externat 2)	28	32
Total	**173**	**160**

Les étudiants de Prémed reçoivent la formation à l'UQTR.
Pour l'externat, les étudiants seront dirigés principalement au CHRTR et au CSSS de l'Énergie (Shawinigan) pour trois matières.

Programme de formation Unité de médecine de famille

	2010-2011	2009-2010
UMF de Trois-Rivières		
1re année de stage (résidents 1)	11	9
2e année de stage (résidents 2)	9	11
UMF de Shawinigan		
1re année de stage (résidents 1)	4	4
2e année de stage (résidents 2)	4	7

Les activités médicales particulières (AMP)

L'octroi des AMP sur le territoire se fait sous la supervision du DRMG et de l'Agence en fonction des règles précisées par le Ministère. Le DRMG réévalue régulièrement, avec l'aide des tables médicales territoriales, les secteurs de services à prioriser dans chacun de nos territoires pour l'octroi des AMP aux nouveaux médecins qui débutent leur pratique.

CHAPITRE 8

LES MESURES D'URGENCE : SÉCURITÉ CIVILE – MISSION SANTÉ

Le risque nucléaire

Le Plan des mesures d'urgence nucléaire externe à Gentilly-2

- Direction des travaux de planification concernant l'évaluation de la contamination et la décontamination des personnes.
- Direction des travaux de l'équipe d'évaluation des risques radiologiques.
- Élaboration du bilan de la phase 4 et planification de la phase 5.

L'incendie de forêt de Wemotaci

- Mobilisation du comité de planification et d'intervention des mesures d'urgence (COPIN) de l'Agence.
- Coordination du réseau avec :
  - le CSSS du Haut-Saint-Maurice;
  - le MSSS (Service de la sécurité civile – Mission santé et Affaires autochtones, régions nordiques et ethnoculturelles);
  - l'Organisation régionale de la sécurité civile;
  - Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada;
  - L'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière et du Saguenay–Lac-St-Jean.
- Production d'avis de santé publique et émission de communiqués.

Les activités de préparation pour faire face à un sinistre majeur

Participation à des comités spécifiques :

- comité mixte municipalité et industries de Bécancour et de Victoriaville;
- comité ministériel de révision du Guide de planification des mesures d'urgence;
- comité ministériel de révision de la Mission santé en sécurité civile.

Le Forum sur la communication des risques

Dans la foulée du Rapport du directeur de santé publique sur les matières dangereuses paru en 2008, l'Agence a travaillé, en 2010-2011, à la planification et à l'organisation d'un événement régional à être tenu en avril 2011, intitulé *Forum sur la communication des risques*, auquel étaient conviés les directeurs des établissements, les responsables des municipalités et les chefs d'entreprises de la région.

CHAPITRE 9

LE PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE

La Direction de santé publique a comme principales responsabilités d'informer la population à l'égard de l'évolution de son état de santé et de bien-être et de fournir l'expertise régionale en matière de surveillance, de prévention, de promotion et de protection de la santé publique.

Suite à la mise à jour du Plan d'action régional de santé publique 2009-2012, les centres de santé et de services sociaux de la région ont tous adopté leur plan d'action local de santé publique (PALSP) en 2009. Notons que tout comme le Programme national de santé publique (PNSP), le PARSP et les PALSP seront mis à jour uniquement en 2015, afin de s'harmoniser avec le cycle de la planification stratégique.

Actuellement, 82 % des activités du PNSP sont implantées (52 %) ou en voie d'implantation (30 %), ce qui permet de croire que l'objectif de 85 % en 2015 sera atteint. L'implantation et la consolidation des activités se poursuivent, de même que leur évaluation. La coordination du programme est assurée par le directeur régional en collaboration avec les directeurs locaux de santé publique.

La promotion et la prévention

Les pratiques cliniques préventives

L'implantation du service-conseil en prévention clinique s'est actualisée cette année par une implication directe auprès des médecins, des infirmières et des pharmaciens de notre territoire. La majorité des milieux cliniques offrant des services de première ligne ont été visités par les conseillers en prévention clinique des CSSS. La promotion du counseling en regard de la cessation tabagique et de la saine alimentation, la recommandation de la pratique régulière de l'activité physique et la recherche de cas et counseling sur la consommation d'alcool ont fait l'objet des actions priorisées. À ce jour, les huit CSSS de la région comptent un Centre d'abandon du tabagisme et un programme *Alcochoix+* en mesure de recevoir les clients en provenance des services de première ligne. Des mécanismes et des outils de référence vers ces ressources ont été transmis aux milieux cliniques concernés.

Le développement des enfants et des jeunes

Les services à la famille

- Près de 6200 guides *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*, ont été distribués. Ce guide s'adresse aux futurs parents et leur est remis le plus tôt possible durant la grossesse, soit lors des cliniques de grossesse ou au cabinet du médecin selon les territoires. La version 2010 présente une mise à jour importante au niveau de l'alimentation du bébé de la naissance à deux ans. Ce guide est aussi offert gratuitement aux professionnels en périnatalité des CSSS, aux médecins et aux sages-femmes qui offrent un suivi de santé aux femmes enceintes et/ou aux nourrissons, aux intervenants qui œuvrent auprès des jeunes familles dans les organismes communautaires, ainsi qu'aux marraines ou monitrices d'allaitement.

- De l'information prénatale complémentaire est remise aux futurs parents en même temps que le guide *Mieux vivre avec notre enfant*, dont le guide sur le Régime québécois d'assurance parentale.
- Dans le but d'améliorer la santé des enfants à partir des meilleures pratiques mondiales en matière d'allaitement, l'initiative *Amis des bébés* (IAB) vise à augmenter les taux en mettant l'accent sur l'exclusivité de l'allaitement, en créant des environnements favorables et en adoptant des pratiques exemplaires issues des données probantes. L'initiative *Amis des bébés* soutient également des pratiques saines et sécuritaires pour les bébés non allaités. La Direction de santé publique offre un soutien personnalisé à trois CSSS qui se sont engagés formellement à demander l'agrément IAB pour 2012. Le soutien personnalisé implique un travail d'accompagnement dans l'élaboration, la mise en place et l'évaluation des pratiques IAB.
- Le Plan régional de formation de base en allaitement se poursuit dans la région. Dans la dernière année, 197 présences ont été enregistrées. Un total de 79 % des intervenants provenaient des établissements du réseau et 21 % des organismes communautaires en allaitement.
- 4 000 trousses de prévention des blessures RAPPID+ (information et matériel pour aider les parents à prévenir les intoxications et les blessures pouvant affecter les poupons et les jeunes enfants) ont été remises aux familles lors de la vaccination de leur bébé à six mois. Un modèle de distribution plus adapté à la réalité des nouveaux parents est présentement en élaboration.
- Dans le contexte de mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2008-2018 : Un projet porteur de vie, la tournée des CSSS, volet CLSC, s'est poursuivi et un portrait de l'organisation des services a été produit. Des travaux régionaux sont en cours pour l'implantation de l'avis de grossesse, l'une des stratégies importantes de la politique qui permet l'amorce du continuum en périnatalité.

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité (SIPPE)

- Les SIPPE visent à soutenir les familles vivant en contexte de vulnérabilité, de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait cinq ans. Ces familles ont pu bénéficier de rencontres individuelles ou participer à différentes activités de groupes pour renforcer leur réseau de soutien, faire des apprentissages sur le développement des enfants ou développer des habiletés utiles à leur rôle de parent : suivi de grossesse, développement de l'enfant, conditions de vie, habitudes de vie, projets de vie, attachement, et autres. Enfin, des suppléments alimentaires et vitaminiques sont disponibles pour les futures mères répondant aux critères du programme.

Statistiques 2010-2011 pour le programme SIPPE					
Période prénatale					
Jeunes parents		**Extrême pauvreté**		**Total SIPPE**	
Nombre d'usagers	**Nombre d'interventions**	**Nombre d'usagers**	**Nombre d'interventions**	**Nombre d'usagers**	**Nombre d'interventions**
289	1 836	392	2 510	681	4 346
Période postnatale 0 – 1 an					
340	2779	447	3 756	787	6 535
Période postnatale 1 – 4 ans					
Nombre de mères suivies qui ont accouché depuis 12-23 mois :				**224**	
Nombre de mères suivies qui ont accouché depuis 24-35 mois :				**297**	
Nombre de mères suivies qui ont accouché depuis 36-47 mois :				**251**	

Source : RAMQ, outils régionaux 2010-2011 (P13), 2011-05-03

La démarche École en santé

Partant des besoins de chaque école, la démarche *École en santé* vise à convenir des meilleures pratiques de promotion et de prévention à réaliser pour améliorer la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes. La démarche est coordonnée au sein du comité *Éducation-santé* regroupant des représentants de l'Agence, du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), des établissements et des commissions scolaires de la région.

- Dans la région, 64 % des établissements scolaires publics primaires ou secondaires ont amorcé la démarche *École en santé*, soutenus à la fois par des accompagnateurs des CSSS et des commissions scolaires.
- L'Agence, en collaboration avec les CSSS, a conçu une offre de service harmonisée en promotion et prévention destinée au milieu scolaire. Une stratégie de mise en œuvre est en élaboration afin de déployer graduellement cette offre de service.

Les saines habitudes de vie

Considérant la campagne de vaccination massive contre la grippe A(H1N1) réalisée l'année précédente, il a été convenu avec les directeurs locaux de santé publique de reconduire en 2010-2012 les attentes de résultats 2009-2010 pour la promotion de saines habitudes de vie.

Les saines habitudes de vie (volet milieu de travail)

La mise en œuvre du programme *0-5-30 combinaison prévention*, une approche participative de promotion de saines habitudes de vie en milieu de travail, s'est poursuivie dans les CSSS. Sept des huit CSSS ont ainsi débuté la démarche. L'analyse des besoins du milieu de travail a été réalisée, à l'aide de la DSP, dans six CSSS. Cinq CSSS en sont à l'étape de l'élaboration d'un plan d'action ou de sa mise en œuvre dans leur milieu.

La promotion du programme *0-5-30 combinaison prévention* a été réalisée par sept CSSS auprès d'environ 55 milieux de travail (privés ou gouvernementaux) autres que les CSSS. Trois nouveaux milieux de travail se sont engagés et ont été accompagnés par deux CSSS dans la réalisation de la démarche du programme, dont un milieu de travail qui a reçu un prix reconnaissance *Entreprise engagée* par le groupe de promotion pour la prévention en santé.

Le tabagisme

Dans le cadre du programme *La gang allumée* qui vise à mobiliser les jeunes quant à la lutte au tabagisme, dix projets ont été réalisés dans des écoles secondaires et maisons de jeunes de la région.

La révision de l'offre de service des centres d'abandon du tabagisme (CAT), la participation à la démarche d'identification du profil de la clientèle et l'implantation de l'ordonnance collective ont été mises en œuvre dans chacun des CSSS de la région afin d'augmenter l'accessibilité et la disponibilité des services et ainsi mieux répondre aux besoins de la population.

À nouveau cette année, les CAT de la région ont connu une augmentation de l'ordre de 40 % du nombre de clients rencontrés (1 363 clients rencontrés par les conseillers en abandon du tabagisme des CSSS de la région, comparativement à 976 en 2009-2010).

La région a connu une augmentation de la participation dans le cadre de la douzième édition du *Défi J'arrête, j'y gagne!* En effet, ce sont 1 820 participants qui se sont engagés à ne pas fumer pendant 6 semaines en Mauricie et au Centre-du-Québec, ce qui représente une hausse de 36 % par rapport à la campagne 2010.

L'alimentation

Pour une deuxième année consécutive, le programme *Fruits et légumes en vedette* s'est déroulé sur toute l'année, soit de septembre à août. Les 94 restaurants inscrits au programme offrent plus de fruits et de légumes à leur menu. Il s'agit d'une augmentation de 68 % par rapport à l'an dernier. Une expérience pilote a été réalisée cette année avec le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable, qui s'est joint à l'équipe régionale pour recruter et accompagner les restaurants sur son territoire, de même que pour en faire la promotion auprès des médias locaux.

On visait la participation de 15 % des restaurants invités dans chaque territoire de CSSS. Les restaurateurs participants doivent augmenter l'offre à tous les niveaux dans leur menu, soit de l'entrée au dessert. À ce jour, la moitié des 38 restaurateurs nouvellement recrutés ont été visités afin de les aider à mieux répondre aux critères de participation et d'améliorer leur offre en fruits et légumes.

Enfin, en plus des activités de promotion menées auprès de la population pour faire connaître le programme et les restaurants participants, des efforts

ont été investis pour rejoindre plus particulièrement le groupe de population ayant le plus faible taux de consommation de fruits et de légumes, les 45 à 64 ans, grâce à la collaboration d'une dizaine d'associations de la région. Cela a permis de rappeler à cette clientèle l'importance de consommer des fruits et des légumes pour la prévention de plusieurs maladies chroniques, du diabète, de l'obésité et du cancer. On estime à 50 000 le nombre de personnes rejointes.

L'activité physique

- La Journée nationale du sport et de l'activité physique qui se tenait en mai 2010 a été soulignée par les 12 municipalités les plus populeuses et 26 organismes sportifs et communautaires de la région. Tous ces milieux ont mis en place plus d'une centaine d'activités variées pour rejoindre l'ensemble de la population.
- Quelques 280 milieux de travail ont reçu l'information pour participer à la campagne *Rendez-vous d'automne* (promotion de la marche en milieu de travail); 44 d'entre eux y ont participé (16 %), dont 34 ayant organisé des activités pour leurs employés, notamment à l'aide d'outils régionaux clé en main produits pour mieux soutenir les employeurs.
- Toutes les écoles primaires ont reçu l'information et 133 d'entre elles (67 %) ont participé à la campagne *Plaisirs d'hiver* 2011 (volet scolaire). Pour le volet municipal et communautaire de cette campagne, 54 des 120 municipalités (45 %) et 39 des 110 organismes non gouvernementaux (36 %) sollicités y ont répondu en organisant 119 événements pour la population.
- Toutes les écoles primaires et secondaires de la région ont reçu l'information sur le concours *École active* qui vise la création d'environnements favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie à l'école. Au total, 66 écoles ont présenté un ou plusieurs projets, dont 35 retenus pour l'obtention d'une bourse.
- Vingt-deux écoles primaires sont accompagnées par les kinésiologues des équipes de promotion des saines habitudes de vie des CSSS dans la mise en place d'une cour d'école bien aménagée, organisée et animée à l'aide du guide *Ma cour : un monde de plaisirs!* L'équipe responsable du programme *Kino-Québec* a tenu une rencontre de soutien avec les kinésiologues des CSSS et leur offre du soutien individualisé en fonction de leurs besoins.
- Une formation a été donnée aux kinésiologues des équipes de promotion des saines habitudes de vie des CSSS pour les habiliter à promouvoir et à accompagner les municipalités à l'aide de l'outil *Municipalité active* du programme *Kino-Québec*.
- La présence de porteurs du programme *Viactive* dans chacun des CSSS a favorisé la mise en place de 29 nouveaux groupes de pratique d'activité physique pour les aînés en Mauricie et au Centre-du-Québec.
- Un outil d'aide à l'animation s'adressant aux animateurs du programme *Viactive* a été développé et un recensement des groupes *Viactive* a été fait grâce à des collaborations entre la Direction de santé publique et les CSSS.
- Grâce à une collaboration avec un grand nombre d'organismes, le programme *Viactive* peut compter sur 415 animateurs dans 210 groupes actifs. Soulignons en terminant que les deux colloques *Viactive* réalisés à l'automne 2010 ont réuni un total de 316 participants.

L'activité physique et l'alimentation

Le *Défi Santé 5/30 Équilibre* a été promu par la DSP de l'Agence et par les 8 CSSS auprès de leurs employés, de la clientèle, de même qu'auprès des milieux de travail et des municipalités. On recense un total de 14 310 inscriptions au défi en Mauricie (7 624) et au Centre-du-Québec (6 686), une augmentation de 41 % par rapport à 2010. Notre région a remporté la coupe Argent pour avoir obtenu le deuxième meilleur taux de participation dans l'ensemble de la province. Fait intéressant, les résultats obtenus dans notre région sont en augmentation constante depuis 2008.

L'Agence assume la coresponsabilité des comités stratégiques et intersectoriels visant la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie : Investir pour l'avenir 2006-2012 en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Dans le cadre des travaux du plan d'action gouvernemental, deux projets régionaux portant sur la saine alimentation sont en préparation. Les thématiques retenues sont, pour la Mauricie, *La saine alimentation – les parents des enfants de 6-11 ans* et pour le Centre-du-Québec, *L'accessibilité à des aliments sains et nutritifs*.

La promotion de normes sociales favorables aux saines habitudes de vie

Optimisation de la mise en œuvre des campagnes sociétales afin d'augmenter leurs retombées sur l'état de santé de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec en se donnant une compréhension commune du contexte et des étapes de mise en œuvre de ces campagnes et en révisant le partage des responsabilités entre les paliers national, régional et local.

Le développement social et le développement des communautés

L'Agence a pris un engagement clair quant à l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être au cours de cette dernière année en introduisant, dans la Planification stratégique régionale 2010-2015 et dans le Plan d'action régional de santé publique, une orientation visant à :

- renforcer l'action intersectorielle régionale sur les déterminants de la santé et du bien-être;
- soutenir le développement des communautés.

Principales actions réalisées au cours de l'année 2010-2011 :

- Mise à jour de la fiche *Développement des communautés* du Plan d'action régional de santé publique.
- Présentation du portrait des inégalités de santé et de bien-être à la Table de coordination régionale de santé publique et amorce des travaux sur les rôles et contributions attendues de l'Agence et du réseau de la santé et des services sociaux en développement des communautés.
- Participation financière aux ententes spécifiques en développement social (une pour la Mauricie et l'autre au Centre-du-Québec) et soutien professionnel à divers comités s'y rattachant.
- Participation au *Bilan et perspectives* soulignant 10 ans de développement social, dans chacune des deux régions administratives.
- Tournée des comités locaux de développement social pour présenter le portrait des inégalités de santé et de bien-être et la fiche d'appréciation du potentiel de développement des communautés.
- Expérimentation de la fiche dans diverses communautés locales et exploration de projets émergeants ajustés aux besoins et aux potentiels des communautés, et ce, en vue de préparer avec le Comité régional en développement social du Centre-du-Québec un guide d'utilisation de la fiche d'appréciation du potentiel de développement des communautés.

La sécurité alimentaire

- Soutien aux seize organismes communautaires qui se partagent près de 240 000 $ en sécurité alimentaire dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- Soutien et contribution financière de 13 500 $ pour la mise en œuvre du projet d'action concertée *Se nourrir, agir et se développer.* Ce projet, qui était auparavant placé sous la responsabilité du CSSS de Trois-Rivières a été régionalisé en 2010-2011. Moisson Mauricie/Centre-du-Québec est désormais le mandataire du projet régional.
- Actualisation des actions du Cadre de référence en sécurité alimentaire en collaboration avec le Consortium en développement social de la Mauricie et le Comité régional en développement social du Centre-du-Québec.
- Participation active de la région dans le cadre du projet pilote en sécurité alimentaire intitulé *Panier à provision nutritif,* en collaboration avec le MSSS et le Dispensaire diététique de Montréal.
- Participation à l'organisation de la formation en hygiène et salubrité rendue obligatoire par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ) pour les organismes communautaires. En 2010-2011, près de 60 organismes communautaires en contexte d'aide alimentaire ont suivi cette formation de deux jours.

La protection

La vaccination contre l'influenza

Cette année, le taux de couverture vaccinal (TCV) pour la vaccination contre l'influenza des résidents des CHSLD de notre région s'établit à 84 %. Ce TCV est le plus bas enregistré depuis 2007-2008. Il est permis de croire que cette diminution est attribuable au fait que trois vaccinations ont été offertes en un peu plus d'un an (vaccination contre la grippe A(H1N1) à l'automne 2009, suivie de la vaccination régulière en janvier 2010 puis à l'automne 2010). Deux CSSS ont connu des baisses importantes : le CSSS de l'Énergie (- 6%) et le CSSS de Trois-Rivières (- 10%).

Pour les travailleurs de la santé, les résultats sont scindés en deux groupes : les infirmières affiliées à l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ) et tous les autres travailleurs de la santé. Les travailleurs du CHRTR sont inclus dans ces résultats.

Le TCV pour les infirmières se situe à 41 % et à 33 % pour les autres travailleurs, ce qui se rapproche des taux obtenus avant la pandémie de grippe A(H1N1). Cela confirme aussi que les résultats de 2009-2010 étaient un artefact dû à la campagne de vaccination massive qui avait eu lieu quelques mois auparavant.

Taux de couverture vaccinale					
Catégorie	Objectifs	Résultats			
		2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Résidents des CHSLD	90 %	90 %	90 %	86 %	84 %
Infirmières des CSSS affiliées à l'OIIQ	80 %	43 %	45 %	15 %	41 %
Tous les autres travailleurs des CSSS	80 %	43 %	42 %	17 %	33 %

Les infections nosocomiales

- L'Agence exerce depuis 6 ans une surveillance continue de l'incidence du *Clostridium difficile* et s'assure auprès des établissements de soins de la mise en place des mesures de prévention et de contrôle lors d'éclosion.
- Le taux d'incidence est demeuré plutôt stable pour l'année se terminant en août 2010. Du mois d'août 2008 à août 2009, pour la région, 224 cas de diarrhée associée au *C. difficile* pour un taux de 7,9 par 10 000 patients-jours, alors que d'août 2009 à août 2010 : 201 cas pour un taux d'incidence de 7,1. Selon les données des six dernières années, il y a eu une diminution de 49,4 % entre août 2005 et août 2010.

  Par contre, pour la période entre la mi-août 2010 et le 31 mars 2011, soit 8 périodes : le nombre de cas est de 159 pour un taux d'incidence du *C. difficile* de 8,7. Cette hausse est marquée surtout en février et mars 2011 où deux établissements ont été en éclosion.

  Pour ces mêmes périodes, le nombre de cas était de 113 en 2009-2010 et de 132 en 2008-2009.
- De nouvelles surveillances ont débuté dans les dernières années et des données sont maintenant disponibles pour les bactériémies à SARM pour l'ensemble des établissements et pour les bactériémies sur cathéters centraux dans les unités de soins intensifs. Les établissements de la région présentent de très bons résultats à ce niveau et se classent dans les plus bas taux. Ces données sont analysées sur une base annuelle en raison de ces événements peu fréquents.
- Les établissements déposent annuellement un bilan à l'Agence et présentent leurs objectifs et priorités pour l'année en cours. Des seuils d'alerte ont été déterminés pour le suivi des éclosions. Les services de prévention et contrôle des infections produisent des états de situation aux deux semaines en période d'éclosion. Lorsque la situation se prolonge, une consultation à l'infectiologue est demandée.
- L'Agence informe la population des performances des établissements avec mission courte durée en déposant sur son site Internet les données du *C. difficile* de chacun.

Autres maladies infectieuses

- Les déclarations de maladies infectieuses, dont certaines sont à déclaration obligatoire (MADO), ont entraîné l'ouverture de 1 878 dossiers et des suivis ont été requis auprès des personnes touchées ou de leur entourage.
- L'équipe de maladies infectieuses est intervenue dans plusieurs garderies à la suite d'éclosions de giardiase. À la suite des enquêtes, des recommandations sanitaires ont été émises afin de circonscrire les éclosions et éviter la récidive.
- Les infections à chlamydia demeurent élevées avec 1 053 cas en 2010, soit un nombre compa-

rable à ceux des dernières années (1 048 cas en 2008 et 1 051 cas en 2009). La syphilis infectieuse a augmenté en 2010 avec 12 cas, comparativement à une moyenne annuelle de 6 à 7 cas depuis 2006.

- Une tournée des CSSS a été planifiée pour optimiser le dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS). Un soutien est offert aux infirmières pour l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'ITSS et leurs partenaires.
- Des éclosions de campylobacter sont survenues dans des fermes et un abattoir de la région. Les recommandations émises par la Direction de santé publique (équipes maladies infectieuses et santé au travail), en collaboration avec des partenaires intersectoriels (ex.: la Direction régionale du MAPAQ), ont permis de limiter la transmission des cas et d'éviter les récidives.
- Plus de 46 295 seringues ont été distribuées (72 000 en 2009-2010) par les intervenants des CSSS et de certains organismes communautaires dans le cadre du Programme national de prévention du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites chez les utilisateurs de drogues injectables. Différentes hypothèses sont à l'étude pour expliquer cette baisse (également notée ailleurs en province), et des actions correctrices seront envisagées en collaboration avec les CSSS.

La santé environnementale

Durant l'année 2010-2011, l'équipe responsable de la santé environnementale a répondu à plus de 100 demandes de services, portant notamment sur l'insalubrité dans les habitations, les problématiques de moisissures affectant la qualité de l'air intérieur et la qualité de l'eau potable ou des eaux de baignades.

Deux nouvelles problématiques ont été portées à notre attention dans la dernière année, soit la présence de la berce du Caucase, plante envahissante causant des lésions cutanées importantes lorsqu'on la touche, et la présence de punaises de lit dans plusieurs bâtiments; sujet qui a nécessité l'élaboration de guides de pratiques pour soutenir les établissements du réseau. L'Agence a également maintenu le suivi auprès des 39 arénas de la région afin de valider si les recommandations émises en 2009 avaient été mises en place pour maintenir une bonne qualité de l'air. De plus, l'équipe a réalisé plusieurs campagnes d'information, notamment sur le radon, la berce du Caucase et le monoxyde de carbone dans les garages et abris temporaires. Finalement, l'équipe a participé activement à l'élaboration d'un mémoire sur l'exploitation des gaz de schiste déposé dans le cadre des audiences publiques en environnement (BAPE) et produit en collaboration avec deux régions limitrophes (Chaudière-Appalaches et Montérégie).

Les matières dangereuses et la gestion des risques nucléaires

- Campagne de prévention sur les intoxications au monoxyde de carbone en collaboration avec les propriétaires de terrain de camping, les établissements vendant des garages et abris temporaires et dans les arénas de la région.
- Participation aux travaux de l'équipe d'évaluation du risque radiologique, réunissant des représentants de la centrale nucléaire Gentilly-2 ainsi que des ministères et organismes concernés.
- Participation au groupe de travail qui réévalue la norme provinciale pour la quantité de tritium dans l'eau potable.

Les maladies d'origine hydrique

- Travail de vigie et de protection relativement aux certificats d'analyse d'eau potable concernant la qualité microbiologique et physico-chimique des réseaux réglementés.
- Travail de vigie réalisé conjointement avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs en suivi aux 28 plans d'eau touchés par la présence de fleurs d'eau d'algues bleu-vert dans la région à l'été 2010.

La qualité de l'air extérieur

- Consultations en vue de la publication d'un rapport du directeur de santé publique sur l'estimation du risque à la santé associé à la pollution atmosphérique à Shawinigan.
- Évaluation de la nature du risque lors des feux de forêt en Haute-Mauricie au mois de mai 2010. Élaboration de sept avis de santé publique couvrant les effets sur la santé, la protection des personnes et leur réintégration.
- Rencontre des établissements du réseau pour soutenir le contrôle de l'herbe à poux sur leurs terrains.

La santé au travail

La CSST confie au réseau de la santé, par l'entremise du directeur de santé publique, le mandat de la santé au travail. Annuellement, elle détermine les priorités pour lesquelles des interventions doivent être réalisées. Les secteurs ciblés en 2010 représentaient plus de 50 000 travailleurs provenant de 2 674 entreprises.

Dans le cadre des programmes de santé élaborés sur mesure pour chacune des entreprises ciblées, les trois CSSS gestionnaires de la santé au travail (de l'Énergie, de Trois-Rivières et Drummond) ont rendu des services dans 100 % des entreprises ciblées (454), auxquelles se sont ajoutées 6 entreprises supplémentaires, pour un total de 464.

Aussi, 48 nouveaux établissements ont été visités sur les 63 ciblés (76 %). De nouveaux programmes de santé ont été élaborés pour 39 des 41 établissements ciblés (95 %) et le programme de santé a été mis à jour pour 106 des 111 établissements ciblés (95 %).

Pour ce qui est du programme *Pour une maternité sans danger*, l'ensemble des 2 505 demandes de consultation a été traité. On remarque une diminution de 5 % des demandes comparativement à l'an dernier.

Quant aux demandes de services ponctuels en provenance de la CSST et des milieux de travail, 53 des 62 demandes reçues et en cours ont été traitées (85 %).

Les avis de santé publique

La Direction de santé publique a émis des avis sur les sujets suivants :

- les oreillons;
- la rougeole;
- le fromage au lait cru;
- le choléra H;
- la chaleur accablante;
- la berce du Caucase;
- les punaises de lit;
- les incendies de forêt en Haute-Mauricie;
- l'exploitation des gaz de schiste au Québec*;
- l'usage accru de l'amiante chrysotile au Québec*;
- l'abolition du registre des armes à feu*;
- l'abandon du formulaire long par Statistique Canada*.

**En collaboration avec d'autres directions régionales de santé publique.*

La surveillance - évaluation

Voici un résumé des principales réalisations de l'équipe :

- Diffusion de l'Enquête sur la santé et le bien-être des jeunes du secondaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2007). Élaboration des rapports par territoire de RLS, tableaux de bord et outils méthodologiques.
- Réalisation, pour différentes clientèles et territoires, de portraits de l'état de santé ainsi que des tableaux d'indicateurs sociosanitaires avec faits saillants par territoire de RLS. Parmi les sujets touchés : données sur la fumée de tabac secondaire, évolution démographique de la région, monographies pour la mortalité et les hospitalisations pour traumatismes non intentionnels, portrait de la population de langue anglaise, analyse des anomalies congénitales.
- Formation des directeurs en santé publique de chaque CSSS sur la fonction surveillance et le plan commun de surveillance de l'état de santé de la population.
- Finalisation et dépôt du rapport de recherche *Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec : une analyse écologique (phase 3)* et participation au blogue Mauricie visant le développement de la région.
- Élaboration, analyse et rédaction de la première évaluation de l'implantation des activités prioritaires du PARSP et des PALSP.

La communication à la population

Cette année encore, plusieurs interventions de communication ont été réalisées dans le but d'informer la population. Pour ce faire, l'équipe des communications a émis 26 communiqués, tenu 14 conférences de presse et coordonné une centaine d'entrevues sur plusieurs sujets d'actualité en santé publique. De plus, mentionnons quelques actions ciblées dans divers dossiers et qui ont obtenu de bons résultats : le *Défi Santé 5/30 Équilibre*, la 12e édition du *Défi j'arrête, J'y gagne!*, la campagne *Fruits et légumes en vedette*. Enfin, la diffusion du rapport de l'enquête sur la santé des jeunes du secondaire a donné lieu à un lancement régional et à des initiatives coordonnées au niveau des territoires de CSSS.

CHAPITRE 10

LE PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

Les services psychosociaux généraux

Les services psychosociaux généraux sont offerts dans les CSSS. Ils regroupent les interventions individuelles reliées à l'accueil, l'évaluation et l'orientation (AÉO), l'Info-Social, les situations de crise et les rencontres psychosociales nécessaires aux interruptions volontaires de grossesse.

Depuis la mise en place de services spécifiques en santé mentale et pour les jeunes en difficulté, le nombre d'usagers rejoints par les services psychosociaux généraux est en diminution. En effet, les guichets d'accès mis en place au cours des dernières années facilitent la prise en charge de ces personnes par des équipes dédiées plutôt que par les services psychosociaux généraux.

Contrairement à cette tendance, on assiste toutefois à une augmentation des interventions en 2010-2011. En effet, 4 589 personnes ont reçu des services psychosociaux généraux, ce qui permet d'atteindre l'engagement fixé. En ce qui a trait au nombre moyen d'interventions par usager, il est supérieur à la cible du MSSS (3,78 interventions par personne, comparativement à 3,5).

Le Service régional Info-Santé/Info-Social

Le CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska, mandataire du Service régional Info-Santé/Info-Social, assure la réponse téléphonique 24 heures par jour, 7 jours par semaine par la ligne 811.

Le SRISIS est un service de consultation professionnelle gratuit et confidentiel pour toute la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Il offre différents services, dont du soutien, des conseils, de l'information, un avis professionnel en plus d'orienter et de référer vers d'autres ressources au besoin.

Dans le cadre de ses responsabilités, le SRISIS est aussi responsable de la mise à jour régionale du Répertoire des ressources en santé et services sociaux depuis 2008-2009. L'objectif ministériel établit que 95 % des ressources contenues dans le répertoire doivent être mises à jour au moins une fois par année et certaines, deux fois par année. Au 31 mars 2011, 99 % des ressources ont été mises à jour dans les délais.

Volet Info-Santé

Le volet Info-Santé permet aux infirmières en place de répondre aux questions courantes de santé de la population et de les diriger vers la bonne ressource du réseau de la santé et des services sociaux, si nécessaire.

Statistiques d'appel Info-Santé 2010-2011			
Appels traités	**2010-2011**	**2009-2010**	**Variation**
Appels reçus [1]	226 680	242 111	(6,4 %)
Appels répondus [1]	200 773	194 095	3,4 %
Taux de réponse [1]	88,6 %	80,2 %	
Durée moyenne d'intervention (min.)	7 : 52	8 : 06	(0 : 14)
Suite aux appels répondus			
Aucune suite	103 315 (51,5 %)	105 773 (54,3 %)	(2,3 %)
Référé à l'urgence	24 895 (12,4 %)	24 612 (12,6 %)	1,2 %
Référé en clinique privée	26 758 (13,3 %)	23 518 (12,1 %)	13,8 %
Référé en pharmacie	14 576 (7,3 %)	12 466 (6,4 %)	16,9 %

[1] *Inclus les appels de la région et de l'extérieur*
(Note : Depuis mai 2010, la virtualisation des appels pour le volet santé est passée de 15 à 0 seconde. Ainsi, lorsqu'un usager fait un appel pour le volet Info-Santé et que toutes les infirmières sont déjà occupées, son appel est immédiatement transféré à la première infirmière libre dans un des quatorze autres services régionaux offrant le volet santé. Ce transfert n'est pas possible pour le volet Info-Social.)

Volet Info-Social

Le volet Info-Social permet aux intervenants psychosociaux en place de répondre à toute personne vivant une situation difficile et qui ne sait plus comment y faire face.

Dans la dernière année, plusieurs travaux ont été effectués afin d'actualiser le modèle régional d'organisation de la réponse Info-Social adopté par l'Agence en octobre 2009. Ce modèle se distingue par l'intégration de la réponse téléphonique du volet Info-Social le jour, soit de 8 h à 20 h, au SRISIS. Cette nouvelle orientation vise à :

- assurer à la population un service accessible, de qualité et complémentaire en tout temps;
- accéder plus rapidement à un intervenant psychosocial;
- améliorer la fluidité de la trajectoire d'appels;
- développer une meilleure cohérence régionale pour la réponse à la crise;
- consolider et améliorer les services offerts par le SRISIS à la population, en incluant les diverses clientèles vulnérables de la Mauricie et du Centre-du-Québec;
- utiliser de façon optimale les ressources qui y sont consenties.

En ce sens, un comité de mise en œuvre composé de représentants de quatre CSSS, du Centre jeunesse et de la Table des centres de prévention du suicide a été formé pour définir les modalités de fonctionnement du modèle adopté. Ce comité a ainsi produit un guide de référence à l'intention des intervenants et des gestionnaires concernés des CSSS et du SRISIS, dans le but de développer une vision commune des services psychosociaux reliés à l'intervention téléphonique 24/7 du SRISIS, d'harmoniser et d'uniformiser les pratiques et de faciliter les arrimages entre les différents partenaires impliqués.

L'Agence a alloué un financement pour l'embauche de 7,4 ETC afin d'assurer la réponse téléphonique 24/7. Depuis le 2 décembre 2010, ce changement de fonctionnement permet au SRISIS de répondre 24 heures par jour, 7 jours par semaine aux appels psychosociaux concernant la clientèle 0-100 ans. En soi, en plus des appels entrant directement par le 811, tous les appels psychosociaux entrant aux CSSS sont désormais basculés au SRISIS soit par un système téléphonique automatisé, soit par le service d'accueil du CSSS concerné.

Afin d'assurer la continuité et l'accessibilité des services et de favoriser la concertation entre les différents partenaires, un comité régional de coordination a été mis en place. Ce comité, piloté par l'Agence, est composé d'un représentant de chaque CSSS, d'un représentant du SRISIS et au besoin, d'un représentant des partenaires impliqués. Le comité s'est rencontré à trois reprises depuis le 1er décembre 2010.

La régionalisation de la réponse téléphonique Info-Social constitue une avancée significative dans l'amélioration du service à la population. L'utilisation du 811 permet, entre autres, un accès simplifié aux services psychosociaux.

Statistiques d'appel Info-Social 2010-2011			
Appels traités	**2010-2011**	**2009-2010**	**Variation**
Appels reçus	28 378	21 510	31,9 %
Appels répondus	23 938	13 893	72,3 %
Taux de réponse	84,4 %	64,6 %	
Appels répondus en moins de 4 minutes[1]	89,3 %	83,6 %	4,8 %
Durée moyenne d'intervention	16 : 47 minutes	15 : 38 minutes	1 : 09 minutes
Référence à la fin de l'appel[2]			
Aucune référence	16 598 (69,3 %)	9 604 (69,1 %)	72,8 %
Sorties terrain[3]	520 (2,2 %)	329 (2,4 %)	58,1 %
Référé à l'urgence	224 (0,9 %)	284 (2,0 %)	(21,1 %)
Référé en CSSS	1 837 (7,7 %)	792 (5,7 %)	132 %
Référé au Centre jeunesse	98 (0,4 %)	42 (0,3 %)	133 %

[1] *Cet indicateur mesure le nombre d'appels Info-Social répondus par une voix humaine (intervenant psychosocial ou infirmière) en moins de 4 minutes.*

[2] *Pourcentage calculé sur le nombre d'appels répondus.*

[3] *La personne qui vit une situation de crise avec urgence, et dont l'intervention téléphonique ne suffit pas pour trouver une réponse adéquate et satisfaisante doit pouvoir compter sur la présence directe et immédiate d'un intervenant de garde du CSSS de son territoire, 24 heures par jour, 7 jours par semaine. L'intervention terrain est réalisée dans le milieu de la personne en crise, dans une salle d'urgence, dans les locaux d'un organisme ou dans tout autre lieu jugé approprié et sécuritaire.*

La violence conjugale et les agressions sexuelles

- La deuxième édition du Carrefour des pratiques en matière d'agression sexuelle et de violence conjugale a mobilisé près de 250 personnes provenant de tous les secteurs signataires de la Politique gouvernementale en matière de violence conjugale et des Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle. Les participants à cet événement ont pu échanger sur les pratiques de pointe en prévention, le dépistage et l'intervention auprès de victimes, des proches et des auteurs. Des initiatives des différents secteurs ont aussi été mises en lumière, pour ainsi favoriser le réseautage. Neuf conférenciers ont contribué à faire de cette journée un franc succès.
- L'Agence supporte les intervenants des CSSS par la production d'outils de formation sur le repérage précoce de la violence conjugale. Cet outil s'adresse aux intervenants de différents programmes qui œuvrent auprès des femmes, des enfants et des conjoints à comportement violent.
- Deux formations sur le processus de domination conjugale ont été offertes aux intervenantes désignées en violence conjugale des CSSS. Une autre formation sur le stress post-traumatique a aussi été organisée.

CHAPITRE 11

LE PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Le Plan sur le vieillissement

- Au cours des dernières années, le nombre de places en ressource intermédiaire est passé de 808 à 904 dans la région. Cette augmentation de 96 places reflète la transformation en cours amenée dans le cadre du Plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées de la région. Elle vise l'harmonisation et la diversification des ressources adaptées aux besoins des personnes dans la communauté.
- Dans le but de pouvoir témoigner de l'implantation du cadre de référence intégré (centre de jour, hébergement temporaire, service ambulatoire de gériatrie, unité de courte durée gériatrique [UCDG] et unité de réadaptation fonctionnelle et intensive [URFI]), un comité de travail, créé en collaboration avec les CSSS, a identifié les indicateurs de suivi à retenir. Une première collecte de données pour l'année 2010-2011 a été réalisée; elle permettra de caractériser la clientèle rejointe et de voir dans quelle mesure les services sont accessibles et utilisés.
- Une nouvelle planification quinquennale pour faire face au vieillissement a été adoptée par le conseil d'administration de l'Agence le 24 mars 2011, à la suite des consultations menées auprès du réseau et de différentes instances de l'Agence. Des priorités d'action sont identifiées pour 2011-2013, telles la révision des programmes de prévention des chutes, la mise en place du réseau de services intégrés pour les personnes âgées, l'implantation de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, l'augmentation du soutien à domicile et de l'offre de service d'hébergement en ressources résidentielles de proximité (ressources non institutionnelles, achat de places ou autres ententes de partenariat).

Le réseau de services intégrés aux personnes âgées

En 2010-2011, le déploiement de la solution informatique du Réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA) (livraison 1) a été priorisé parmi les neuf composantes du réseau de services intégrés pour les personnes âgées. Les activités de formation cliniques et informatiques ont débuté en avril 2010 pour se terminer en février 2011. Le bilan régional de déploiement a été déposé au MSSS et accepté par celui-ci en mars 2011. Près de 1 600 intervenants œuvrant au service de soutien à domicile, en centre hospitalier et en CHSLD ont été formés et ont accès à l'application informatique.

Les projets pilotes de soins posthospitaliers

- Au 31 mars 2011, 30 places en unités transitoires de récupération fonctionnelle sont disponi-

bles dans quatre CSSS. Elles permettent de faire de la convalescence, de la réadaptation et de la rééducation pour des personnes hospitalisées dont les soins actifs sont terminés et qui ne peuvent pas, pour différents motifs, retourner à domicile.

- 229 personnes ont bénéficié de ce service au cours de l'année et 52,2 % d'entre elles ont pu réintégrer leur domicile après une durée moyenne de séjour de 56 jours.

Le soutien à domicile et le répit aux proches aidants

- Le service de soutien à domicile a rejoint 14 178 personnes en perte d'autonomie (525 de plus que l'an dernier). Cela représente 15,7 % de la population de 65 ans et plus. Ces personnes reçoivent en moyenne 25,6 interventions par année. Malgré l'augmentation du nombre d'usagers, le nombre moyen d'interventions est en hausse.

  En plus des services offerts par le personnel des CSSS, les usagers reçoivent des services d'aide domestique par les entreprises d'économie sociale et d'aide domestique ainsi que par l'intermédiaire de la modalité du chèque emploi-service. Les résultats présentés précédemment ne tiennent pas compte de ces services. Une estimation régionale de l'ensemble de ces fournisseurs porte à 29,9 le nombre moyen d'interventions que reçoit annuellement une personne.

  Un enjeu demeure toutefois au niveau des délais d'attente de certains services. Ainsi, quelques établissements doivent composer avec la rareté de la main-d'œuvre, notamment au niveau de l'ergothérapie et de la physiothérapie.

- Le service de répit gardiennage-accompagnement à domicile a été offert à 1 092 proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie qui reçoivent des services de soutien à domicile. Cela représente 185 personnes de plus que l'an passé. Ce service est offert par le biais d'une allocation directe, allouée sur la base minimale de 4 heures par semaine. Il est complémentaire aux services de répit offerts en centre de jour et en hébergement temporaire. On relève un déboursé total de 983 979 $.

- Un projet de partenariat entre les trois CSSS du Centre-du-Québec et la Société Alzheimer du Centre-du-Québec/Maison Myosotis a débuté en avril 2010. Il comporte deux volets : *Accompagnement au domicile* et le programme *Premier lien Alzheimer*.

  Le volet *Accompagnement au domicile* est assuré par du personnel formé par la Société Alzheimer Centre du Québec/Maison Myosotis. Cette présence permet au proche aidant de prendre quelques heures de répit. Le programme *Premier lien Alzheimer* offre de l'enseignement aux proches aidants dont le parent vient de recevoir un diagnostic d'Alzheimer. Pour l'année financière 2010-2011, le volet *Accompagnement à domicile* est actif dans deux territoires de CSSS. Le déploiement de ce service est en voie d'être complété dans le troisième territoire de CSSS.

La prévention des chutes chez les aînés qui vivent à domicile

- En Mauricie et au Centre-du-Québec, le Service de prévention des chutes offre deux programmes : le programme *Debout!* qui s'adresse aux personnes de 50 ans et plus, et le programme *P.I.E.D.* qui s'adresse aux personnes de 65 ans et plus. Ces programmes sont gérés par les CSSS et soutenus par l'Agence. L'Agence a notamment organisé, à l'automne 2010, une formation régionale sur la mise à jour du programme *P.I.E.D.* pour les animateurs des CSSS. Elle a également organisé deux rencontres régionales avec le groupe des représentants des comités territoriaux des CSSS. Enfin, elle a coordonné les activités d'une campagne régionale de promotion à l'hiver 2011.

- Un troisième volet de la prévention des chutes est en développement : il s'agit de l'intervention multifactorielle personnalisée, qui s'adresse aux personnes de 65 ans et plus, à risque de chutes et inscrites au soutien à domicile. Un projet pilote d'implantation est en cours avec le CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska. Les informations récoltées avec ce projet aideront à mieux soutenir l'implantation dans les autres CSSS.

Le recours à l'hébergement

Afin de répondre aux besoins des personnes qui ne peuvent plus résider à leur domicile, l'Agence s'assure de l'utilisation optimale des places en hébergement en fonction des besoins, en exerçant un rôle de soutien et de vigie aux mécanismes d'accès des CSSS.

- Au cours de la dernière année, notre région a reçu 1 747 demandes d'hébergement, soit 1,3 % (24) de moins que l'an dernier. En parallèle, le nombre d'admissions a atteint 1 805, ce qui représente une augmentation de 7,1 % (120 admissions).
- Nous constatons des délais d'attente moyens de 68 jours pour les personnes admises en RI et de 33 jours en CHSLD. La durée moyenne d'attente pour l'ensemble des ressources pour l'année se situe à 40 jours, soit une situation similaire à l'an passé.
- Le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD a atteint 3,15. Ce nombre dépasse les cibles ministérielles et régionales visées (3,00).
- Le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD a été de 0,245, dépassant ainsi la cible fixée (0,23).

Les projets novateurs en hébergement

- Des projets novateurs en hébergement, basés sur des ententes de partenariat public, communautaire ou privé, permettent d'expérimenter des alternatives à l'hébergement institutionnel. Ils s'ajoutent aux mesures diversifiées de prise en charge dans la communauté de personnes en grande perte d'autonomie.
- Le projet novateur *TCC* reste à finaliser. Il vise à offrir une ressource dans la communauté pour des personnes plus jeunes, présentant des incapacités sévères à la suite d'un traumatisme craniocérébral (TCC), qui sont actuellement ou qui pourraient éventuellement être hébergées en CHSLD. La Société d'habitation du Québec a déjà confirmé la réservation des 10 unités de logement.

Les projets d'amélioration de l'alimentation en CHSLD

Neuf projets visant l'amélioration de l'alimentation en CHSLD ont été mis en œuvre. Lors d'un second appel de projets pour l'année 2010-2011, neuf autres projets ont été retenus et sont amorcés. Ils visent la formation du personnel et l'adaptation des repas afin de combler les besoins nutritionnels et améliorer la satisfaction des résidents. Ces projets portent particulièrement sur l'ajustement des aliments pour la clientèle dysphagique, le rehaussement protéinique des aliments, l'augmentation de l'hydratation et la standardisation de nouvelles recettes permettant d'augmenter la variété et la qualité des menus offerts.

La démarche de certification des résidences pour personnes âgées

L'Agence a entamé la deuxième ronde de certification auprès des exploitants de résidences pour personnes âgées. En effet, les premiers certificats ont été émis pour une période de deux ans. Rappelons que cette certification obligatoire vise à assurer aux personnes qui y résident un milieu de vie de qualité et sécuritaire. Par ailleurs, l'Agence a augmenté sa présence dans les résidences pour personnes âgées en actualisant son rôle d'inspection.

C'est le Conseil québécois d'agrément qui procède aux vérifications des 24 critères de certification et qui transmet un rapport de vérification à l'Agence. Chaque rapport est déposé, après analyse, au comité de certification qui formule à l'Agence ses recommandations.

Dans la région, au 31 mars 2011, nous comptons 175 résidences actives et certifiées, 44 résidences actives en processus de renouvellement de leur certification et 20 résidences actives non certifiées. Depuis le début de la certification en 2008, 15 résidences ont fermé leurs portes. Présentement, 4 nouvelles résidences se préparent à accueillir leur premier locataire et à faire une demande de certification. Au total, 258 dossiers de résidences pour personnes âgées ont été ouverts à l'Agence depuis 2008 et de ce nombre, 239 résidences sont en activité.

En terminant, la démarche régionale d'action concertée avec l'ensemble des partenaires impliqués par le processus de certification porte ses fruits. À cet effet, plusieurs actions concrètes visant les exploitants, leur personnel ou des résidents se formalisent en vue de produire des gains sur la qualité et l'efficience des services dispensés.

Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

En juin 2008, le MSSS a lancé le *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience – Afin de faire mieux ensemble*. Ce plan vise l'accès aux services dans des délais raisonnables pour les personnes ayant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED), notamment par l'introduction de standards. Il vise également l'amélioration de l'organisation et de la continuité des services. Le plan d'accès se déploie au sein des services spécifiques concernés en CSSS, au Centre de réadaptation InterVal et au CRDITED MCQ.

La mise en œuvre du plan d'accès était prévue en trois phases, chacune introduisant l'application d'un nouveau standard selon le niveau de priorité attribué aux nouvelles demandes de services (urgent, élevé et modéré). En novembre 2010, la troisième phase de déploiement a débuté comme prévu avec l'introduction de la cohorte des personnes dont le niveau de priorité de la demande de services est modéré.

Des crédits totalisant 600 000 $ ont été accordés en 2010-2011, complétant ainsi un investissement de 6 534 253 $ alloué depuis 2007-2008 afin d'améliorer l'accès et la continuité des services offerts aux personnes ayant une déficience et pour soutenir les établissements dans l'atteinte des standards introduits par le plan d'accès.

Les objectifs signifiés en 2010-2011 portaient sur la résorption des listes d'attente, sur le respect des standards d'accès et de continuité, ainsi que sur la mise en œuvre du Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC) 2008-2011. Pour atteindre les objectifs fixés, l'Agence et les établissements ont réalisé les actions suivantes :

- résorption complète des listes d'attente « préplan d'accès »;
- bilan 2009-2010 du PRAAC et dépôt au MSSS en mai 2010;
- poursuite de la mise en œuvre du PRAAC 2008-2011;
- tournée régionale auprès des établissements concernant l'état d'avancement de l'implantation du plan d'accès et des défis rencontrés;
- application du standard, à partir du 1er novembre 2010, pour les demandes de services dont le niveau de priorité est modéré;
- suivi des taux de respect des standards d'accès.

En ce qui concerne le respect des standards d'accès, les résultats observés par les gestionnaires d'accès se situent à plus de 85 %, soit près ou au-dessus de la cible de 90 % fixée par le MSSS, selon les établissements. Il y a toutefois un écart avec les données fournies par les systèmes d'information. Ces écarts sont principalement attribuables à des systèmes d'information perfectibles ainsi qu'à une inscription des demandes qui se doit d'être bonifiée. Des travaux sont planifiés pour améliorer la cohérence entre les résultats observés sur le terrain et les données rendues disponibles par les systèmes d'information. Les taux de respect détaillés sont présentés dans la fiche de reddition de comptes disponible en annexe.

CHAPITRE 12

LE PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE

Le soutien à la personne, aux proches et à la famille par les CSSS

Les services spécifiques de soutien à domicile de première ligne, offerts par les CSSS, permettent de maintenir les personnes dans leur milieu de vie et de soutenir leur famille. Les objectifs signifiés portent sur le nombre de personnes rejointes et l'intensité des services de soutien.

- En déficience physique, le nombre de personnes ayant reçu des services à domicile dispensés par les CSSS est légèrement supérieur à celui de l'année précédente. Ainsi, 3 517 personnes ont été desservies en 2010-2011, comparativement à 3 495 en 2009-2010. La cible ministérielle est de 3 445 personnes.
- En moyenne, le personnel des CSSS effectue 18,4 interventions par année auprès de ces personnes à leur domicile, ce qui totalise un nombre de 64 713 interventions, dispensées principalement sous forme d'aide à domicile régulière et de soins infirmiers. En ajoutant la contribution des autres modes de prestation des services (entreprises d'économie sociale et d'aide domestique, chèque emploi-service ou services de gré à gré), la moyenne régionale est estimée à 71,3 interventions à domicile par personne en 2010-2011.
- En ce qui a trait au soutien à la famille en déficience physique, une allocation directe de répit a été allouée à 809 familles cette année, alors que la cible établie par le MSSS est de 642 familles. Ajoutons qu'en 2010-2011, le montant moyen annuel alloué à chaque famille a augmenté comparativement à l'année précédente, passant de 983 $ à 1 050 $ par famille.

Les services spécialisés d'adaptation et de réadaptation

Des services spécialisés de réadaptation en déficience motrice, auditive, visuelle, de la parole et du langage sont offerts dans la région. Les objectifs signifiés portent sur la pénétration des services et la réduction des listes d'attente.

Évolution de l'accessibilité et de la disponibilité des services spécialisés en adaptation et réadaptation physique :

- 3 876 personnes ont reçu des services spécialisés du Centre de réadaptation InterVal en 2010-2011, ce qui dépasse de façon significative la cible ministérielle, établie à 3 548 personnes. Plus précisément, tout comme l'an passé, on note une augmentation du nombre de personnes desservies en déficience motrice et en déficience du langage. On constate également une progression du nombre de nouveaux usagers desservis ainsi que des nouvelles inscriptions. Par contre, les difficultés liées au recrutement et aux mouvements d'effectifs dans certaines disciplines, notamment en audiologie, en orthophonie et en physiothérapie demeurent des enjeux et défis importants.

- En 2010-2011, l'Agence a alloué des crédits récurrents totalisant 600 000 $ au Centre de réadaptation InterVal dans le but de faciliter l'accès aux services spécialisés de réadaptation. Cette mesure a permis de faciliter la poursuite de la résorption de la liste d'attente, d'assurer le respect des standards d'accès aux services de même que le démarrage et l'opération de nouveaux services spécialisés destinés aux personnes présentant des lésions médullaires non traumatiques. Cette subvention a permis également au centre de réadaptation de rehausser l'accès aux services d'orthophonie et d'ergothérapie pour les enfants présentant un trouble envahissant du développement dans le cadre des plans de services individualisés élaborés en collaboration avec le CRDITED MCQ.

Le soutien à l'intégration et à la participation sociale

La mesure exceptionnelle de soutien à l'intégration dans les services de garde pour les enfants ayant d'importants besoins est une mesure conjointe entre le MSSS et le ministère de la Famille et des Aînés. Elle s'adresse tant aux enfants présentant une déficience physique qu'à ceux ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Le budget régional de 60 216 $ alloué pour cette mesure en 2010-2011 a permis de soutenir l'intégration en milieu de garde de neuf enfants ayant d'importants besoins.

CHAPITRE 13

LE PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Le soutien à la personne, aux proches et à la famille par les CSSS

Les services spécifiques offerts par les CSSS permettent de maintenir les personnes dans leur milieu de vie, de favoriser leur intégration et leur participation sociale, en plus de soutenir leur famille. À cet égard, les objectifs signifiés visent à accroître l'offre globale des services de soutien destinés aux personnes ayant une déficience et à allouer une intensité de services adaptés à leurs besoins.

En 2010-2011, 442 personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement ont été desservies par les services de soutien à domicile (SAD) des CSSS. En concordance avec l'organisation régionale des services, cette clientèle a également accès aux services d'éducateurs et de psychoéducateurs qui interviennent en milieu naturel dans une perspective d'intégration sociale. Ainsi, en considérant les interventions réalisées à domicile par ces intervenants, le nombre de personnes rejointes par les CSSS passe à 1 124, ce qui est nettement supérieur à la cible de 637 personnes établie par le MSSS, dans le cadre de la planification stratégique 2005-2010.

Les personnes desservies par les services de SAD des CSSS ont reçu en moyenne 11 interventions. Ce résultat indique une performance régionale de 82 % par rapport à l'engagement (12,8 interventions). En ajoutant les interventions réalisées à domicile par les éducateurs et les psychoéducateurs des CSSS et en considérant les autres modes de prestation de services (entreprises d'économie sociale et d'aide domestique, chèque emploi-service ou services de gré à gré), la moyenne régionale est de 27,5 interventions par personne.

En ce qui concerne le soutien à la famille en DI-TED, notre région a fait le choix de n'avoir aucune liste d'attente et de répartir la totalité du budget entre toutes les différentes familles, dont le nombre augmente d'année en année. Ainsi, 942 familles ont reçu une allocation directe pour se procurer du répit. Le montant annuel moyen versé par famille en 2010-2011 est de 1 078 $.

Enfin, soulignons que l'Agence a rendu disponible un montant de 120 000 $ aux 8 CSSS pour le développement de projets de répit hors domicile adapté à la clientèle ayant une DI ou un TED. Ces projets visent à offrir aux parents une plus grande disponibilité de services de répit hors domicile pour des durées de 24 heures et plus, notamment pour les adolescents et les adultes. Au cours de la dernière année, 6 projets ont été développés dans la région.

Les services spécialisés d'adaptation et de réadaptation

Des services spécialisés d'adaptation et de réadaptation sont offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dans l'ensemble de la région par le CRDITED MCQ.

- En 2010-2011, 2 295 personnes ont obtenu des services du CRDITED MCQ. De ce nombre, 503 personnes présentent un TED et 1 792 une DI.
- 72 enfants ont été évalués dans le cadre de la trajectoire régionale d'évaluation-diagnostic TED 0-17 ans, laquelle implique la collaboration des CSSS, du CRDITED MCQ et du Centre de réadaptation InterVal. Pour les enfants de moins de 7 ans, le délai d'attente pour accéder à l'évaluation-diagnostic a diminué et se situe désormais à moins de 3 mois.

CHAPITRE 14

LE PROGRAMME JEUNES EN DIFFICULTÉ

Les services de première ligne dans les CSSS

- Les services de première ligne pour les jeunes en difficulté et leur famille ont rejoint 10 667 usagers en 2010-2011, ce qui dépasse largement la cible du MSSS, établie à 9 099 usagers. Le nombre moyen d'interventions par usager (jeune et leur famille) en CSSS se situe à 6,9, alors que la cible est de 7, soit une atteinte de plus de 98 %.
- Le programme *Faire la courte échelle* vise l'intégration des services pour les familles présentant une problématique de négligence. Il est déployé dans les huit CSSS de la région. Sur chaque territoire, une répondante s'assure de la coordination des plans de services individualisés, du support aux intervenants et des activités de promotion et de formation. L'Agence coordonne des rencontres de support et de partage d'information auprès des répondantes en négligence.
- Le programme *Ensemble pour les enfants* qui constitue un modèle de services novateur et unique au Québec est offert dans deux secteurs défavorisés de Shawinigan : St-Marc et Grand-Mère. Une équipe de quartier intégrée, constituée d'intervenants du CSSS de l'Énergie et du Centre jeunesse, agit au quotidien dans la communauté. L'intervention de l'équipe facilite l'accessibilité, garantit la continuité, augmente l'intensité et la qualité des services à une clientèle réticente à recourir aux services. L'Agence, le MSSS et les deux établissements soutiennent financièrement la coordination des équipes.
- Les services intégrés pour adolescents présentant un trouble de comportement et leur famille sont bien vivants dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Ainsi, la majorité des CSSS ont implanté le programme *Adolescent-agressivité-action*. Un établissement a plutôt choisi de démarrer le programme *Pratiquons ensemble nos compétences*.
- Les activités relatives à la supervision des droits d'accès, implantées dans sept territoires de CSSS, fonctionnent aussi très bien. Rappelons que ce service a pour but de faciliter les échanges de garde dans le cas de situations familiales tendues ou de superviser les visites lorsque la Cour l'ordonne. Ces activités ne sont pas associées à celles du Centre jeunesse. Un montant de 106 612 $ est octroyé par l'Agence à cinq organismes communautaires chargés de la réalisation de ces services.

L'entente de complémentarité MELS-MSSS

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, l'entente de complémentarité entre le MELS et le MSSS a, cette année encore, donné lieu à plusieurs activités conjointes aux niveaux régional et local.

Le Plan de services individualisé et intersectoriel

Un comité de travail régional regroupant des acteurs des deux réseaux a élaboré un cadre de référence, pour favoriser la mise en œuvre des plans de services individualisés et intersectoriels (PSII) dans la région, et ainsi offrir une réponse adaptée et concertée aux besoins des enfants et de leur famille. Le déploiement des PSII constitue un dossier prioritaire pour le comité stratégique régional des services à la jeunesse. Le cadre de référence ayant été approuvé, des sessions de formation et de sensibilisation à l'approche seront déployées sous peu.

Tous les outils dans le même étui

Le déploiement du cadre de référence intitulé *Tous les outils dans le même étui*, qui vise la mise en place d'un continuum de services intégrés dans les réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux pour les jeunes de 5 à 12 ans qui présentent des difficultés ou des troubles du comportement, est débuté. En concertation avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, l'Agence accompagne et soutient les territoires dans l'application du cadre de référence.

Concentrons nos énergies

Dans le cadre du Plan d'action régional sur le déficit d'attention/hyperactivité, des activités destinées aux intervenants œuvrant auprès des jeunes ont été organisées afin de consolider leurs connaissances sur cette problématique. Quatre séances de formation portant sur l'évaluation ont été proposées. Des études de cas complexes ainsi que du soutien-conseil ont également été offerts. Une centaine de professionnels des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation ont pu bénéficier de ces formations.

La persévérance scolaire

L'Agence est partenaire aux ententes spécifiques sur la mobilisation et le partenariat pour la réussite éducative en Mauricie et au Centre-du-Québec, convenues en 2009-2010. L'Agence soutient financièrement la réalisation de ces ententes, en y affectant des montants de 10 000 $ pour chacune des deux régions. L'Agence a également participé au comité COMPÈRES en Mauricie et au comité sur la réussite éducative au Centre-du-Québec, regroupant des acteurs de plusieurs organismes de la région.

L'Engagement jeunesse

L'Agence participe aux travaux du comité directeur de l'Engagement jeunesse mis en place dans chacune des deux régions administratives. Cette mesure résulte d'une entente interministérielle conclue dans le cadre de la Stratégie de lutte contre la pauvreté entre plusieurs ministères et organismes, dont le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) qui en assume la mise en œuvre. Cependant, c'est dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2019-2014 que l'Engagement jeunesse prend tout son sens. Cette mesure s'inscrit dans un type bien précis de concertation au plan régional, soit une concertation intersectorielle thématique regroupant des acteurs de différents domaines ou secteurs (éducation, emploi, santé, etc.) tout en visant une population cible (les jeunes de 16 à 35 ans).

L'Entente multisectorielle

L'Entente multisectorielle développée pour les situations d'enfants victimes d'abus sexuels et de mauvais traitements physiques, ou d'absence de soins menaçant leur santé, a permis de rejoindre de nombreux partenaires de la région par des formations et du travail de sensibilisation portant sur cette problématique. Deux nouveaux partenaires se sont joints au comité régional, soit la Direction régionale du MELS et le ministère de la Famille et des Aînés.

Les services spécialisés en centre jeunesse

- Le nombre de signalements reçus et retenus par 1 000 jeunes en Mauricie et au Centre-du-Québec a connu une progression en 2010-2011 et demeure considérablement supérieur à la moyenne du Québec. Évidemment, cette situation entraîne des contraintes et des pressions dans les services.

Évolution du taux de signalements

Par 1 000 jeunes	2009-2010	2010-2011
Signalements reçus	MCQ : 71 Moyenne provinciale : 48	MCQ : 81 Moyenne provinciale : 53
Signalements retenus	MCQ : 29 Moyenne provinciale : 21	MCQ : 32 moyenne provinciale : 23

- En 2010-2011, on observe une augmentation du délai moyen d'attente à l'évaluation en protection de la jeunesse, comparativement à l'année dernière. Ainsi, le délai moyen est passé de 11,6 en 2009-2010 à 13,5 jours en 2010-2011, tandis que la cible ministérielle est fixée à 12 jours. Le nombre élevé de signalements reçus et retenus par le Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec ainsi qu'un effectif réduit expliquent cette hausse du délai moyen d'attente.
- En 2010-2011, on observe une augmentation du délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse par rapport à l'année précédente, passant de 14,8 à 16 jours. Toutefois, ce délai moyen se situe sous la cible ministérielle fixée à 30 jours. De plus, depuis plusieurs années, le délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents qui se situe à 7,9 jours en 2010-2011 respecte la cible ministérielle établie à 14 jours.
- Dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2010-2011, un budget récurrent de 228 107 $ a été octroyé au Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Cette somme permettra de maintenir le Programme de qualification des jeunes qui vient en aide à ceux qui ont connu de longs placements, à développer leur autonomie et à favoriser leur accès au marché du travail. Ces jeunes bénéficient d'un accompagnement intensif, d'un soutien vers le passage à la vie adulte, et ce, pendant trois ans, soit jusqu'à l'âge de 19 ans.

À l'intérieur des activités découlant du Plan de formation – Jeunes en difficulté 2010-2012, le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec s'est vu octroyer un montant de 6 713 $, soit 10 % du montant accordé en 2008-2009, pour assurer la poursuite de la diffusion et, par le fait même, la pérennité de ces formations. Il s'agit de la formation sur l'encadrement intensif, volets 1 et 2, et de la formation *Projet de vie*, à l'intention des familles d'accueil.

CHAPITRE 15

LE PROGRAMME DÉPENDANCES

Conformément aux Orientations régionales en dépendances 2008-2012, l'Agence a poursuivi ses efforts afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts à la population en matière d'alcoolisme, de toxicomanie et de jeu pathologique.

- L'Agence a maintenu la répartition annuelle d'une somme de 240 000 $ aux huit tables territoriales de concertation en dépendances pour assurer la réalisation d'actions en prévention auprès de la population, notamment auprès des clientèles ayant des besoins particuliers.
- Un montant de 86 500 $ a été versé au CSSS de Trois-Rivières afin de soutenir la réalisation du plan d'action visant à prévenir les méfaits liés à la présence d'un salon de jeux à Trois-Rivières.
- Le Programme de formation sur les services de première ligne en dépendances a été déployé dans les CSSS. Plus de 150 intervenants de la région ont été rejoints.
- Un montant de 105 000 $ a été octroyé à Domrémy, dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014, afin de favoriser la mise en œuvre d'un projet pilote destiné aux enfants âgés de 6 à 12 ans vivant avec un ou des parents présentant une dépendance. Une somme de 26 375 $ a également été versée à Domrémy, afin de bonifier l'offre de service en dépendances ciblant les jeunes du Centre jeunesse.
- Un corridor de services a été établi avec l'organisme Portage, situé à Saint-Malachie, qui offre de l'hébergement aux jeunes éprouvant des difficultés particulières.
- Un montant de 110 262 $ a été versé au centre Le Grand Chemin inc. dans le but d'augmenter le nombre de places disponibles pour les jeunes ayant des problèmes de consommation et nécessitant de l'hébergement. L'organisme dispose maintenant de 14 places, dont 10 sont réservées aux jeunes de la région. Cette mesure a notamment permis de rejoindre 28 jeunes de plus en 2010-2011.
- L'Agence participe, depuis novembre 2007, à une expérience pilote menée en collaboration avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, le Centre de réadaptation Domrémy et les organismes d'hébergement en alcoolisme et toxicomanie. Ce projet vise à évaluer les besoins d'hébergement et à favoriser le remboursement des frais de séjour et d'hébergement aux personnes bénéficiant de l'aide financière de la Solidarité sociale dans l'une ou l'autre des ressources certifiées. En 2010-2011, plus de 420 personnes de la région ont participé au projet.
- Enfin, au 31 mars 2011, sept des quatorze organismes de la région offrant des services d'hébergement aux personnes ayant une dépendance avaient, sur une base volontaire, obtenu la certification du MSSS et deux étaient en processus de certification.

CHAPITRE 16

LE PROGRAMME SANTÉ MENTALE

Les services aux jeunes

Les services de première ligne

L'année 2010-2011 a été marquée par la poursuite de la mise en œuvre des trajectoires jeunesse en santé mentale. La majorité des mesures préconisées par ces trajectoires ayant été implantées, entre autres par le développement des équipes de première ligne et la mise en place de guichets d'accès dans chaque territoire de CSSS, l'Agence s'est plutôt assurée, avec les CSSS de la région, que les mesures mises en place sont fonctionnelles et garantissent un meilleur accès aux services en santé mentale pour les jeunes de la région.

Les services de deuxième ligne

Une mesure de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 a permis de poursuivre le soutien aux jeunes qui présentent des problèmes de santé mentale ou encore qui ont des tendances suicidaires. À cet égard, un montant de 72 107 $ a été reconduit au Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour le maintien des équipes multidisciplinaires de deuxième niveau qui interviennent en soutien aux intervenants travaillant avec des jeunes présentant des idéations suicidaires ou des troubles de santé mentale.

Les services aux adultes

Des services de santé mentale de première ligne sont accessibles aux adultes dans les huit CSSS de la région. Pour les personnes présentant une problématique de santé mentale plus complexe, des services spécialisés sont offerts par le CHRTR et par quatre CSSS de la région.

En 2010-2011, l'Agence a poursuivi la mise en place des mesures du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens. L'Agence a maintenu en fonction ses différents mécanismes de coordination régionale tels que la Table régionale en psychiatrie, la Table des directeurs de santé mentale et des dépendances et le Regroupement des organismes communautaires en santé mentale.

Les services de première ligne

Le soutien d'intensité variable

Le soutien d'intensité variable (SIV), offert par les équipes de santé mentale première ligne des CSSS de la région, vise à la fois le maintien dans la communauté de la personne ayant un trouble mental grave et l'amélioration de sa qualité de vie. Les interventions effectuées auprès de cette personne se déroulent presque exclusivement dans son milieu de vie. Ces services spécifiques sont offerts dans une perspective de rétablissement et d'appropriation du pouvoir. La clientèle des services SIV nécessite une moyenne de 2 à 7 rencontres par période de 28 jours.

Au cours de l'année 2010-2011, 1 258 usagers différents ont été rencontrés au moins deux fois par période. En moyenne, 476 usagers ont reçu des services d'intensité variable dans la communauté, comparativement à 462 en 2009-2010. Le nombre

de personnes recevant ce type de services a augmenté de façon importante depuis les dernières années. Ainsi, le nombre moyen d'usagers est passé de 173 en 2005-2006 à 476 en 2010-2011.

Bien que des efforts importants aient été consentis à ce type de services, le résultat de 2010-2011 demeure en deçà de la cible fixée. Cependant, la performance régionale pour cet indicateur se situe dans le premier quartile par rapport à l'ensemble du Québec (96 usagers/100 000 de population en Mauricie et au Centre-du-Québec par rapport à 54/100 000 pour l'ensemble du Québec).

La problématique du suicide

Le Programme santé mentale porte un intérêt soutenu à la problématique du suicide. En particulier, l'Agence s'assure de consolider l'arrimage entre les volets prévention et organisation de services.

L'Agence et les cinq centres de prévention du suicide de la région sont les partenaires impliqués dans l'implantation de réseaux de sentinelles auprès de la population 0-100 ans. Dans chacun des territoires de CSSS, des réseaux ont été implantés dans des milieux regroupant des clientèles à risque de suicide. Au total, 384 sentinelles ont été formées dans l'ensemble de la région en 2010-2011 : 76 sentinelles en milieu scolaire, 186 en milieu de travail, 7 en milieu agricole et 115 en milieu communautaire.

Les services de deuxième ligne

La Direction des services sociaux, la Direction des affaires médicales de l'Agence et la Table régionale de psychiatrie ont collaboré à l'élaboration du Plan 2011-2016 d'effectifs médicaux en psychiatrie et en pédopsychiatrie.

Le suivi intensif dans le milieu

Le suivi intensif dans le milieu regroupe les activités d'évaluation, de traitement, de réadaptation et d'intégration sociale requises par des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. Les difficultés vécues par ces personnes sont telles qu'elles présentent une condition souvent instable et qu'elles courent un risque très élevé d'hospitalisations répétées ou prolongées. Cette forme de soutien est offerte selon un modèle de travail en équipe par des intervenants qui offrent les services cliniques dans le milieu. La clientèle en suivi intensif dans le milieu nécessite en moyenne plus de huit rencontres par période de 28 jours.

Le nombre d'usagers recevant des services de suivi intensif dans la communauté en 2010-2011 est de 272 usagers comparativement à 287 pour l'année précédente. Le nombre d'usagers rejoints a diminué au cours des dernières années. Cette situation s'explique principalement par la mise en place des services de soutien d'intensité variable dans la communauté. Toutefois, malgré cette diminution, le nombre d'usagers desservis dépasse la cible 2010 fixée par le MSSS à 271 usagers.

CHAPITRE 17

LE PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE

Les services d'urgence

Au cours de l'année 2010-2011, les indicateurs relatifs aux services d'urgence des différents établissements de la région ont fait l'objet d'un suivi quotidien par l'Agence, dont le nombre de patients séjournant depuis plus de 24 heures sur civière. Dans l'ensemble, les résultats obtenus dans la région sont stables, comparativement à l'année précédente. Toutefois, les efforts sont à maintenir pour atteindre les cibles du MSSS, notamment au niveau de la durée moyenne de séjours pour l'ensemble des clientèles.

L'achalandage dans les principales salles d'urgence de la Mauricie et du Centre-du-Québec augmente d'année en année. En effet, entre 2009-2010 et 2010-2011, on enregistre une augmentation de 3 % au chapitre des visites à l'urgence. On note aussi des augmentations de 5 % des patients sur civière et de 9 % pour la clientèle de 75 ans et plus. Le nombre d'arrivées en ambulance dans les salles d'urgence de la Mauricie et du Centre-du-Québec a pour sa part augmenté de 7 % au cours de la dernière année, et de 12 % pour la clientèle de 75 ans et plus.

Malgré l'augmentation des visites à l'urgence, on constate que la durée moyenne de séjours pour l'ensemble de la clientèle est restée sensiblement au même niveau que celle enregistrée en 2009-2010, soit d'un peu plus de 14 heures. Cependant, on note une détérioration de la durée moyenne de séjours pour la clientèle en santé mentale, principalement au CHRTR, qui éprouve des difficultés à ce niveau. Des démarches sont entreprises par l'établissement pour atteindre de meilleurs résultats permettant de diminuer les séjours sur civière et ainsi, d'atteindre la cible identifiée.

La Direction nationale des urgences du MSSS et l'Agence portent une attention particulière au CHRTR, compte tenu de l'écart important de cet établissement à l'atteinte des cibles visées. En collaboration avec les partenaires du réseau, le CHRTR a trouvé des solutions afin de favoriser une plus grande fluidité de la clientèle, sur civière ou hospitalisée :

- L'ouverture d'une unité de décision clinique (UDC) de 12 lits, en septembre 2010, permettant, entre autres, d'optimiser l'utilisation des lits d'hospitalisation grâce à la diminution du nombre d'admissions nécessitant un court séjour.
- La mise en place, en mai 2010, d'un mécanisme de prise en charge des patients orphelins à l'urgence par les médecins omnipraticiens et les spécialistes de l'établissement dans le but de libérer les médecins de l'urgence et accroître le nombre de patients vus.
- L'accréditation, en mai 2010, de deux nouveaux GMF à Trois-Rivières, améliorant la prise en charge des clientèles vulnérables et orphelines.

Un autre facteur pourrait expliquer la non-atteinte des engagements, soit la faible accessibilité à un médecin de famille. Bien que le taux d'atteinte des PREM en omnipratique soit en progression depuis cinq ans, il se situe tout de même parmi les plus bas au Québec. Cependant, le recrutement effectué en

omnipratique au cours des dernières années a permis de contenir le manque d'effectifs médicaux en première ligne et de voir une amélioration de la prise en charge médicale, notamment pour cette clientèle vulnérable.

Signalons en terminant que la mise en place de *l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* est débutée dans les CSSS et au CHRTR. Des répondants locaux ont été identifiés dans chaque établissement afin de permettre un déploiement optimal dans les différents établissements. L'Agence a réalisé un portrait de l'implantation des mesures auprès des établissements concernés. Une analyse est en voie de réalisation, ce qui permettra d'identifier les zones d'amélioration.

Les services préhospitaliers d'urgence

- Au cours de l'année 2010-2011, le Centre de communication santé (CCS) a traité plus de 80 000 appels provenant de la population et des établissements, ce qui représente une augmentation de 1 % par rapport à l'année précédente (79 000 appels). Parmi les réalisations du CCS, notons la mise en place d'un programme d'assurance-qualité au niveau de la répartition. À cet égard, tous les répartiteurs ont reçu une formation en lien avec cette implantation. Également, l'accréditation du CCS en tant que centre d'excellence a été renouvelée par l'International Academies of Emergency Dispatch. Ce titre permet au CCS de la Mauricie et du Centre-du-Québec d'être reconnu mondialement conforme aux protocoles de priorisation des appels médicaux d'urgence.
- En ce qui a trait aux premiers répondants, l'Agence a versé 131 040 $ aux municipalités disposant d'un tel service. Une nouvelle municipalité a aussi mis en place un service de premiers répondants. Ceux-ci ont reçu la formation de 65 heures requises pour agir comme premiers répondants. De plus, huit nouveaux premiers répondants ont été formés au cours de l'année. Ainsi, le nombre total de premiers répondants en service sur le territoire est de 237. Également, la majorité des premiers répondants ont été formés en cours d'année afin de maintenir leurs compétences.
- L'Agence a offert 44 sessions de perfectionnement aux techniciens ambulanciers paramédics de la région. Les sujets portaient sur la traumatologie et sur l'ECG 12 dérivations. De plus, une nouvelle formation portant sur l'appréciation clinique en préhospitalier a été introduite au début de l'année 2011; au total, 15 sessions de formation ont été offertes depuis ce temps.
- Lors de la dernière année, 6 224 protocoles cliniques ont été analysés dans le cadre du Programme d'amélioration continue de la qualité des services préhospitaliers d'urgence. De ce nombre, il y a eu 5 281 protocoles médicaux (médicaments et ECG 12-D), 315 protocoles médicaux légaux (réanimations impraticables, directives de non-initiation de la réanimation et morts évidentes), 35 protocoles pédiatriques (difficultés respiratoires et anaphylaxie), 436 protocoles de réanimation et 157 protocoles de traumatologie.
- L'analyse rétrospective des performances démontre une conformité globale de 93,5 %. Pour améliorer les performances, des mesures de soutien ont été mises en place auprès des techniciens ambulanciers paramédics, en collaboration avec les entreprises ambulancières, pour prévenir la récidive des écarts aux protocoles.
- En mars 2011, 21 écoles secondaires de la Mauricie et du Centre-du-Québec, dont trois écoles anglophones, étaient inscrites au Programme de la réanimation cardiorespiratoire (RCR) de la Fondation ACT. Au total, dans notre région, 3 650 étudiants du secondaire ont eu accès au programme. De plus, 71 enseignants ont été formés comme instructeurs en RCR. Également, 625 mannequins de formation de réanimation cardiorespiratoire ont été offerts aux écoles participantes.

La traumatologie

- Le déploiement de l'architecture régionale de services pour la clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral léger s'est poursuivi en 2010-2011. Le comité de direction du DRMG a été rencontré afin de les sensibiliser au préalable à l'importance de ces formations. Aussi, la formation des médecins pratiquant dans les cliniques médicales de première ligne de la région a débuté au cours de la dernière année. Cette formation vise à informer les médecins quant à leurs responsabilités et à faire connaître la trajectoire de services concernant le TCC léger et les mécanismes de référence vers le CHRTR. De plus, le CHRTR continue d'assurer les activités de dépistage de la clientèle en soutien à l'ensemble des établissements de la région. Une psychologue réalise ainsi des interventions préventives à raison d'une journée par semaine

à Drummondville et Victoriaville, au besoin, en plus des interventions faites à Trois-Rivières.

- Des rencontres avec les directeurs des services professionnels des établissements sans mandat de traumatologie de la région ont eu lieu au cours de l'année. Elles ont permis de leur faire connaître le nouvel algorithme concernant les corridors de services régionaux en lien avec la traumatologie. Même si ces établissements n'ont pas de mandat de traumatologie, certains patients gravement blessés pourraient devoir y être stabilisés avant de poursuivre le transport ambulancier vers le CHRTR.
- Le CHRTR a tenu son deuxième colloque régional en traumatologie le 28 octobre 2010. Cette activité est offerte aux différents partenaires du continuum de la chaîne de traumatologie.
- Le comité régional de traumatologie s'est rencontré à quatre reprises en 2010-2011 et les comités locaux de traumatologie sont actifs dans les quatre établissements avec mandat de traumatologie.

Les soins palliatifs

- Les travaux du comité régional de soins palliatifs se poursuivent activement, la consolidation de la coordination administrative au sein de chaque territoire ayant été le principal chantier de travail au cours de la dernière année.
- Une contribution financière de 10 800 $ a permis la participation de deux professionnels de chacune des équipes de soins palliatifs des huit CSSS, du CHRTR et de la Maison Albatros, aux activités de formation du Colloque en soins palliatifs 2011.

La cardiologie

Un comité régional de cardiologie a été mis en place en septembre 2009 pour optimiser la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST). L'objectif est de réduire les délais de prise en charge et d'accélérer le traitement de revascularisation, en respect des lignes directrices reconnues et les délais recommandés. Tous les établissements sont représentés au comité régional et le taux de participation aux rencontres est de 96 %, ce qui témoigne de la motivation des participants.

Parmi les résultats atteints :

- Déploiement d'une base de données prospective analytique permanente IM-Québec dans sept CSSS et au CHRTR. Tous les établissements ont adhéré et colligent les informations pertinentes reliées aux IAMEST, incluant la chronométrie des délais.
- Formation régionale des infirmières à l'aide d'un ACLS partiel dans le but d'effectuer les transferts urgents interétablissements des usagers en IAMEST.
- Révision des protocoles de fibrinolyse de toute la région; protocole standardisé et adopté par le comité régional.
- Élaboration d'un algorithme de transfert ambulancier urgent vers un centre tertiaire pour effectuer de l'angioplastie primaire.
- Conception d'une note d'évolution standardisée de l'évaluation initiale de l'IAMEST.
- Attribution aux établissements d'un budget non récurrent relié aux exigences du comité régional de cardiologie dans la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde.

La lutte au cancer

- Conformément aux orientations du Programme québécois de lutte contre le cancer, les efforts se poursuivent pour améliorer l'intégration des services et la fluidité du parcours de la personne atteinte dans le continuum de services :
  - Pour favoriser l'actualisation de ces orientations, une allocation financière non récurrente de 70 000 $ a permis aux cinq équipes en oncologie de la région et à six équipes en soins palliatifs de bénéficier d'activités de soutien afin de consolider le fonctionnement en interdisciplinarité.
  - Les infirmières pivots en oncologie ont accompagné 1 895 personnes nouvellement atteintes d'un cancer.
- En collaboration avec la Direction québécoise du cancer, l'Agence coordonne les travaux entrepris par le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable à titre de site pilote de démonstration pour le déploiement d'un programme de dépistage du cancer colorectal.
- L'Agence coordonne la mise en œuvre du Registre québécois du cancer du sein des quatre établissements de la région offrant les

services de pathologie. Amorcés en janvier 2011, les travaux visent à colliger les informations relatives à tous les nouveaux cas de cancer, informations permettant la surveillance du cancer et l'analyse de certaines interventions cliniques.

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Considérant les volumes grandissants d'activités dans les services d'imagerie médicale depuis environ trois ans, les établissements parviennent difficilement à respecter les délais cibles, notamment pour le service de mammographie.

Afin d'améliorer les délais, l'instauration d'un mécanisme de gestion de l'accès aux services d'imagerie médicale a été privilégiée depuis février 2010. Les principales réalisations à ce jour sont :

- mise en place d'un comité régional des radiologistes, sous la responsabilité de la Table régionale des chefs médicaux;
- coordination par l'Agence d'un partage de services intrarégionaux, favorisant l'utilisation optimale des ressources humaines et du parc d'équipement;
- épuration des listes d'attente permettant de dresser un portrait précis et actualisé de l'attente;
- soutien financier ponctuel aux établissements pour l'implantation de mesures locales d'amélioration de l'accès.

Délais d'attente

	Mars 2011	Mars 2010	Mars 2009
Mammographies de dépistage (Cible du MSSS : moins de 6 semaines)			
CHRTR	17,5 semaines	13 semaines	13 semaines
CSSS de l'Énergie	25 semaines	36 semaines	41 semaines
CSSS Drummond	2 semaines	2 semaines	5 semaines
CSSS du Haut-Saint-Maurice	20 semaines	13 semaines	14 semaines
Clinique radiologique Bois-Francs	5 semaines	8 semaines	5 semaines
Investigation suite à une mammographie de dépistage (Cible du MSSS : moins de 12 jours ouvrables)			
CHRTR	14 jours	14 jours	14 jours
CSSS de l'Énergie	3 jours	2 jours	5 jours
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	0 jour	7 jours	14 jours
CSSS du Haut-Saint-Maurice	7 j ours	14 jours	14 à 42 jours
CSSS Drummond	10 jours	21 jours	42 jours
Mammographies diagnostiques (Cible régionale : moins de 4 semaines)			
CHRTR	2 semaines	17 semaines	2 semaines
CSSS de l'Énergie	8 semaines	35 semaines	38 semaines
CSSS Drummond	1 semaine	3 semaines	6 semaines
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	3 semaines	7 semaines	3 semaines
Clinique radiologique Bois-Francs	4 jours	Moins d'une semaine	3 semaines
CSSS du Haut-Saint-Maurice	20 semaines	13 semaines	14 semaines

Volume de production

	Mammographie de dépistage			Mammographie diagnostique		
	Production 2010-2011	Production 2009-2010	Production 2008-2009	Production 2010-2011	Production 2009-2010	Production 2008-2009
CHRTR	8 974	10 217	9 101	6 330	5 923	5 409
Énergie	3 901	3 484	2 795	1 626	1 334	1 411
Drummond	6 803	6 382	6 543	1 602	2 183	1 717
Arthabaska CDD	6 295	6 195	6 210	1 862	1 298	1 322
Arthabaska CRID	S. O.	S. O.	S. O.	647	552	475
Haut-St-Maurice	626	412	696	376	283	422

Les mécanismes d'accès

L'accessibilité à la chirurgie élective

- Le mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés ainsi que le système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS) sont en place depuis plus de trois ans, ce qui permet de faciliter le suivi des patients en attente d'une chirurgie élective.
- Trois types de chirurgies font l'objet de mécanismes d'accès particuliers, dont une garantie d'accès spécifique inférieure à six mois suivant leur inscription dans le SIMASS : ce sont la prothèse totale de la hanche, la prothèse totale du genou et la cataracte. Au cours des dernières années, des actions et des mesures ont été actualisées par les établissements de la région pour éviter un délai d'attente excédant six mois pour ces catégories de chirurgie.

  Pour les autres chirurgies, d'un jour ou avec hospitalisation, elles doivent être réalisées à l'intérieur d'un délai de douze mois suivant leur inscription. Notons que d'ici 2015, elles devront aussi être réalisées à l'intérieur d'un délai de six mois. La cible ministérielle vise à ce que 90 % des personnes inscrites au mécanisme central d'accès aient alors accès à leur chirurgie à l'intérieur des délais fixés.

Il importe aussi de souligner qu'un suivi étroit est en place pour les chirurgies oncologiques de telle sorte qu'à moins de conditions cliniques particulières des patients, la chirurgie devrait être réalisée à l'intérieur de 28 jours.

L'Agence et les établissements assurent un suivi rigoureux de l'attente. Le défi majeur demeure la réduction des délais d'attente dans l'ensemble des spécialités chirurgicales et l'élimination de l'attente excédant six mois pour les prothèses totales du genou, de la hanche et de la chirurgie de la cataracte. Des résultats encourageants sont observés. Les efforts se poursuivent pour que les délais d'accès soient conformes aux standards établis. À cet égard, il est important de mentionner qu'en 2010-2011, 95 % de toutes les chirurgies électives ont été réalisées à l'intérieur de six mois.

Catégorie de chirurgie Hanche, genou et cataracte < 6 mois Hospitalisation et un jour < 12 mois	Nombre de patients en attente hors délai au 31 mars 2011	Nombre de patients en attente hors délai au 31 mars 2010	Nombre de patients en attente hors délai au 31 mars 2009
Prothèse totale du genou	5	34	36
Prothèse totale de la hanche	18	21	15
Chirurgie de la cataracte	28	19	15
Autres chirurgies hospitalisées	2	9	25
Autres chirurgies d'un jour	190	82	318

Note : Chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte, délai maximal visé : 6 mois
Autres types de chirurgies avec hospitalisation et chirurgies d'un jour, délai maximal visé : 12 mois

La production chirurgicale

Les établissements poursuivent leurs efforts pour maintenir leur volume d'activités en chirurgie afin d'assurer l'accessibilité aux patients en attente.

La chirurgie bariatrique

Dans la foulée de la publication du Plan d'action sur l'organisation de la chirurgie bariatrique au Québec en mai 2009 et considérant l'expertise développée au CSSS Drummond dans ce domaine depuis 2004-2005, le ministre de la Santé et des Services sociaux désignait cet établissement, en décembre 2009, pour la réalisation de chirurgies bariatriques. L'objectif de production a été établi à 120 chirurgies par année, pour les trois prochaines années.

Nombre de chirurgies bariatriques réalisées au CSSS Drummond		
2010-2011	2009-2010	2008-2009
130	106	123

L'imagerie médicale

Dans la poursuite des travaux portant sur l'amélioration de l'accessibilité aux services spécialisés, après la chirurgie, le second secteur visé est celui de l'imagerie médicale. À cet égard, le MSSS a établi à trois mois le délai maximal pour l'obtention d'un rendez-vous à un examen d'imagerie médicale.

Depuis l'automne 2009, soulignons la mise en place de comités de travail, la réalisation d'un état de situation régional en février 2010, le dépôt par les établissements de leur plan d'action local et la transmission du plan d'action régional au MSSS en mars 2010. Les travaux se sont poursuivis au cours de l'année. Entre autres, l'actualisation des corridors d'échange de services et la réorganisation du travail pour certains plateaux techniques ont permis d'améliorer le délai d'accès à certains examens.

Par ailleurs, des travaux pour rendre accessibles les résultats d'examens d'imagerie médicale à l'ensemble des médecins œuvrant dans les établissements de santé de la région ont débuté au cours l'année et devraient être complétés en 2011-2012. On vise à ce que tout médecin, en établissement, puisse consulter les résultats d'examens, peu importe dans quel établissement il a été réalisé et où les résultats ont été entreposés. Le décloisonnement des systèmes d'entreposage (PACS) permettra une plus grande efficience dans la dispensation des services par un accès rapide aux résultats des examens à distance.

Les maladies chroniques

La prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et Centre-du-Québec a choisi de faire de la gestion intégrée des maladies chroniques sa priorité régionale pour les cinq prochaines années. Face à la croissance fulgurante des maladies chroniques, les objectifs sont :

- éviter ou retarder l'apparition et la progression de ces maladies tant dans la population en général que chez les personnes âgées;
- améliorer la qualité de vie des personnes atteintes;
- réduire le recours à des services plus lourds, telles l'urgence et l'hospitalisation.

Plusieurs actions ont été menées en 2010-2011 relativement aux différents volets du projet régional :

Volet 1 – Programme d'éducation à la santé *Ma santé à vie*

L'implantation, dans les CSSS de la région, d'un nouveau programme d'éducation à la santé intitulé *Ma santé à vie* est en cours. Le programme cible les personnes présentant plusieurs facteurs de risque cardiovasculaires (syndrome métabolique).

Des services de nutrition spécifiquement conçus pour les personnes avec syndrome métabolique sont offerts dans tous les CSSS. De plus, 5 168 usagers aux prises avec la maladie chronique ont reçu des services de nutrition sur une base individuelle dans notre région et plusieurs groupes, totalisant 956 personnes, ont été formés. Au total, 378 usagers avec syndrome métabolique ont reçu le programme d'éducation à la santé dans deux CSSS.

Enfin, les kinésiologues et nutritionnistes, en collaboration avec les médecins et infirmières de première ligne, soutiennent la clientèle dans l'adoption de saines habitudes de vie.

Volet 2 – Suivi intégré des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

Tous les intervenants des établissements impliqués ont reçu la formation clinique de base offerte par le Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC et une seconde formation sur le travail en interdisciplinarité.

Tous les établissements ont mis sur pied une clinique d'enseignement et une trajectoire MPOC et le CHRTR a nommé une infirmière pivot pour assurer la fluidité des liens entre la première et la deuxième ligne.

Une unité satellite de pneumologie au CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska a permis le suivi de 105 usagers présentant une MPOC, l'augmentation du dépistage de l'apnée du sommeil (254 examens réalisés en 2010-2011 comparativement à 60 en 2009-2010), une diminution des visites à l'urgence et, enfin, de doubler le nombre de consultations en pneumologie.

Un programme de réadaptation cardiorespiratoire d'une durée de huit semaines au CSSS Drummond a permis une prise en charge de 81 usagers présentant une MPOC et de 24 personnes présentant une insuffisance cardiaque.

Au CSSS de l'Énergie, 459 usagers, dont un certain nombre présentant une MPOC, ont été suivis à la clinique des maladies chroniques.

Volet 3 – Système de gestion de base de données

Pouvoir utiliser une base de données pour identifier et prendre en charge adéquatement la clientèle atteinte de maladies chroniques fait partie des moyens à mettre en place pour permettre l'appréciation des résultats. Cependant, un moratoire du MSSS sur le développement des systèmes informationnels a causé une suspension de ce volet.

Volet 4 – Autogestion de la maladie

L'autogestion a été intégrée dans l'approche aux patients par les intervenants impliqués dans la prise en charge et le suivi des maladies chroniques. Une formation sur l'approche motivationnelle a été donnée à toutes les infirmières en GMF et aux huit chargées de projet locales. L'outil d'enseignement et d'autogestion PRIISME diabète a été mis à jour et approuvé par Diabète Québec. Le lancement a eu lieu en avril 2011 et cet outil est disponible sur le site Internet de l'Agence.

Le Programme de néphrologie

Afin d'agir le plus précocement possible et ainsi contrer l'évolution du volume de clientèle en néphrologie, un projet d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en GMF a débuté. Le GMF Clinique médicale de Nicolet, soutenu par une équipe de l'Agence, est le premier à implanter cette trajectoire dans la région à l'aide du guide produit par la Société québécoise d'hypertension artérielle. Trois autres GMF doivent emboîter le pas au cours de la prochaine année.

Les projets pilotes cliniques musculo-squelettiques

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a complété l'évaluation des deux projets pilotes réalisés au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et au CHRTR.

Considérant l'impact positif de ces projets sur l'amélioration de l'accès aux services et du fonctionnement au sein des cliniques d'orthopédie, l'Agence a confirmé un financement permettant le maintien de ces cliniques musculo-squelettique.

La néonatalogie

En décembre 2010, l'Agence confirmait au CHRTR une mission régionale au regard des services de périnatalogie, néonatalogie et de pédiatrie. Cette désignation visait le rehaussement des lits de néonatalogie. Un soutien financier non récurrent de 325 500 $ a été octroyé afin de consolider les équipements nécessaires au fonctionnement de huit lits. Également, un montant non récurrent de 250 000 $ a été attribué pour soutenir l'ajout de personnel, notamment d'infirmières, à l'unité de néonatalogie.

CHAPITRE 18

LE PROGRAMME ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES

Les ressources humaines régionales

L'état de situation régional de la main-d'œuvre

Pour une quatrième année consécutive, l'Agence et les établissements de la région ont convenu d'une stratégie régionale d'actions en planification de la main-d'œuvre. Cette stratégie comprend des actions concrètes et novatrices pour relever les défis d'attraction et de fidélisation du personnel, d'organisation du travail ainsi que la promotion des professions et des emplois. Le comité régional de planification de la main-d'œuvre en assure le suivi.

On constate, pour l'ensemble des établissements, des problèmes similaires en rétention et fidélisation du personnel et une certaine concurrence entre territoires ou régions. On relève aussi plusieurs initiatives pour faire face aux enjeux actuels et futurs.

Une initiative qui porte fruit est le projet *Éducation-santé* où deux chargées de projet ont travaillé à développer une volonté commune de trouver des solutions qui sont arrimées aux réalités de ces deux réseaux.

La planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel

Le 21 septembre 2010, l'Agence a déposé le Plan régional de main-d'œuvre en santé et services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec 2010-2015. Ce plan s'inspire des constats et des commentaires que l'on retrouve dans chacun des rapports de planification de main-d'œuvre au 31 mars 2010 que les établissements ont produits et déposés à l'Agence.

La région a identifié 28 professions considérées comme étant en difficulté de recrutement. Pour plusieurs raisons, il a été convenu entre les établissements et l'Agence de se concentrer sur les 17 titres d'emploi identifiés par le MSSS comme étant les plus vulnérables pour les soins infirmiers (infirmière, infirmière clinicienne, infirmière auxiliaire et préposé aux bénéficiaires), en réadaptation (orthophoniste, physiothérapeute, ergothérapeute et technicien en éducation spécialisée), en services sociaux (psychologue, travailleur social et agent de relations humaines), chez les techniciens spécialisés (inhalothérapeute, radiodiagnostic, radio-oncologie, technologiste médical, et électrophysiologie médicale) et certaines professions, principalement les pharmaciens.

Pour chacun de ces titres d'emploi, les faits saillants, le plan prévisionnel des effectifs, les constats, les

impacts sur les services à la population et les actions proposées ont été identifiés.

Les actions proposées tiennent compte des établissements du réseau de la santé et des services sociaux et de notre principal partenaire : le MELS. De plus, plusieurs présentations ont été faites à nos partenaires pour bien les informer de notre plan régional.

Les représentantes du projet *Éducation-santé* ont fait un travail considérable en assurant une convergence des besoins des établissements du réseau avec nos partenaires de l'éducation.

Par ailleurs, le plan régional s'intègre à la Planification stratégique 2010-2015 avec comme orientation de « s'assurer de la disponibilité de la main-d'œuvre requise pour la pérennité de l'offre de service ». On vise à produire et à mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local et régional, de façon à identifier et à réaliser les stratégies visant à assurer l'équilibre entre les effectifs requis et ceux disponibles.

Ce plan régional a été élaboré en conformité avec les dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (article 376) et avec le Cadre normatif en gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre du MSSS.

La promotion, le recrutement et la rétention

- L'Agence, en collaboration avec les directions de ressources humaines des établissements de la région et le réseau de l'éducation, a tenu une quatrième édition du Salon des carrières et professions en santé et services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, afin d'intéresser les jeunes de 3e, 4e et 5e secondaire aux professions de la santé et des services sociaux. Pour une seconde année, deux éditions de l'événement ont été organisées : une à Trois-Rivières pour les écoles de la Mauricie (dans le cadre du *Rendez-vous de la formation et des professions*) et l'autre à Drummondville pour les écoles du Centre-du-Québec.

  Sous un nouveau concept visuel de l'*Autoroute 109 (sang neuf)*, l'événement a accueilli 9 000 visiteurs (2 000 au Centre-du-Québec et 7 000 en Mauricie). Un questionnaire complété par les élèves démontre que cette activité améliore significativement leurs connaissances des professions en santé et services sociaux et que la formule d'échange direct avec les professionnels des établissements est toujours le volet le plus apprécié.

- Afin d'améliorer l'impact de la stratégie régionale de planification de la main-d'œuvre et dans un souci d'optimisation, l'Agence a développé et met en œuvre depuis deux ans un plan de communication régional en soutien aux enjeux de main-d'œuvre, en collaboration avec les établissements. Ce plan vise à soutenir les efforts d'attraction-fidélisation des établissements par des activités de communication régionales ayant un effet de levier ou préconisant la mise en commun de ressources. L'Agence a réalisé les activités de l'an 2 de ce plan de communication : le projet *Travailler en santé*, les ateliers d'information pour les intervenants du milieu de l'emploi, la campagne *ReconnaisSENS*, la page régionale *Avenir en santé* ainsi que la promotion dans le *Répertoire des sciences et soins infirmiers*.

- Afin de centraliser et de promouvoir les offres d'emploi régionales, le site Internet *www.travaillerensante.com* a complété sa troisième année en ligne. Entièrement consacré à l'affichage des emplois disponibles dans les établissements de la région, cet outil permet de faire connaître les emplois offerts, mais également de postuler sur les emplois en ligne ou encore de déposer son curriculum vitae dans une banque régionale. De plus en plus connu, le site a enregistré une augmentation d'achalandage exceptionnelle au cours de la dernière année. En effet, le site a enregistré une moyenne de plus de 7 600 visites par mois, comparativement à environ 5 600 la première année.

  Concernant la campagne de promotion du site d'emploi, un plan médias a été réalisé sous la thématique *Vous aussi, trouvez votre emploi en santé et services sociaux*. La campagne s'est actualisée par de l'affichage sur les supports Zoom Média, des placements publicitaires dans des médias écrits spécialisés, une stratégie Web ciblée (référencement sur les moteurs de recherche, bannières sur les sites d'emplois, achats de mots clés) ainsi que la mise en ligne d'une page Facebook. Lors de l'évaluation de l'achalandage du site, un lien direct a été établi entre la campagne promotionnelle et les visites sur le site, ce qui signifie qu'une campagne promotionnelle spécifique plutôt que de masse répond davantage aux objectifs actuels du projet.

- Par le biais de capsules diffusées à la télévision et à la radio, une quinzaine d'usagers ou leurs proches témoignent leur reconnaissance aux 15 000 travailleurs et travailleuses du réseau

régional de la santé et des services sociaux. Ces témoignages, livrés avec cœur, expriment une profonde gratitude pour la qualité des services reçus. Afin de conclure en beauté cette campagne, un concours a été organisé auprès des employés des établissements de la région : *Le plus beau Merci!* Par le biais du Web, le personnel avait la chance d'aller visionner ou écouter les capsules, si ce n'était déjà fait par les médias, et voter pour son coup de cœur. Plus de 300 personnes ont répondu au questionnaire pour proclamer la capsule de M. Guy Lambert comme étant le plus beau merci!

- Enfin, l'Agence a contribué à la production de différents outils de recrutement et de promotion de la région. D'abord, une page régionale sur le site *www.avenirensante.com* a été mise en ligne afin de présenter les événements, les emplois et les programmes de formation de la région. Également, un concept visuel de deux pages a été diffusé dans le *Répertoire des sciences et soins infirmiers* présentant les établissements de la région, incluant les facteurs d'attraction de chacun pour les étudiantes et finissantes en soins infirmiers.

Le partenariat avec les réseaux de l'éducation et de l'emploi

- L'Agence est présente aux instances de concertation régionale en éducation et aux tables de concertation en formation professionnelle et technique du Centre-du-Québec et de la Mauricie.
- L'Agence, en partenariat avec les réseaux de l'éducation et de l'emploi, a entamé une troisième année consécutive dans les projets *Éducation-santé* afin d'améliorer l'adéquation entre l'offre de formation et les besoins de main-d'œuvre de nos établissements, en particulier pour les titres d'emploi en difficulté de recrutement. Ce projet consiste en un partenariat régional entre le MELS et l'Agence pour lequel les coûts sont partagés à parts égales. Deux chargées de projet soutiennent diverses démarches de concertation avec les établissements de santé et services sociaux, les milieux d'enseignement et le secteur de l'emploi. Ces projets concernent, par exemple, l'augmentation des cohortes d'étudiants dans certains programmes de formation, la connaissance des facteurs qui influencent le choix d'un employeur par les finissants en soins infirmiers et les pistes de solution aux problématiques liées à la planification et la gestion des stages en santé et services sociaux.
- L'Agence, en partenariat avec Emploi-Québec, les CSSS et les établissements d'enseignement, a tenu deux ateliers de sensibilisation pour aider les agents d'aide à l'emploi des centres locaux d'emploi et des organismes d'employabilité à bien conseiller leurs clients intéressés par les professions de préposé aux bénéficiaires, d'infirmière auxiliaire, d'auxiliaire aux services de santé et sociaux et d'infirmière. Après les trois ateliers tenus en Mauricie (Trois-Rivières, Maskinongé, Haut-Saint-Maurice), deux ont été réalisés au Centre-du-Québec (Bécancour–Nicolet-Yamaska et Arthabaska-et-de-l'Érable). Ceux-ci ont permis à une cinquantaine d'intervenants de mieux connaître et comprendre le profil recherché par les établissements, les exigences de la formation et la réalité du travail.

Le développement, le maintien des compétences et la relève

- L'Agence a amorcé une planification régionale de diffusion des formations. Un cadre de gestion sur la contribution de l'Agence en matière de développement et de maintien des compétences du personnel réseau a été approuvé par le comité de direction. Pour une première fois, l'Agence a annoncé les programmes de formation de l'année et les a classés par catégorie : prioritaires ou facultatifs. Cette façon de faire permet une meilleure planification pour tous les acteurs du réseau auprès des diverses clientèles.
- Un budget de 265 200 $ a été réparti en 2010-2011 entre les établissements de la région pour le développement des compétences des cadres du réseau. Cette somme permet aux établissements de déployer des activités de soutien personnalisé auprès de leurs gestionnaires.
- Deux nouveaux groupes ont entamé les microprogrammes en gestion et développement des organisations dans la région, un de 1er cycle et un de 2e cycle. Des certificats et attestations de 1er et de 2e cycle ont été remis à trois cohortes de finissants lors d'une cérémonie en septembre 2010. Au total, près de 400 candidats évoluent dans les programmes de formation de la relève des cadres depuis le début de cette initiative en 2004. Pour l'année 2010-2011, l'Agence a versé aux établissements 63 000 $ spécifiquement pour soutenir le Programme de relève des cadres, somme à

laquelle s'ajoute une allocation de 52 000 $ permettant de couvrir les autres frais inhérents à la formation (évaluations de potentiel, frais de logistique, de reconnaissance).

- À l'été 2010, sept établissements ont accueilli un total de 59 externes dans le cadre du Programme professionnel d'externat. Ce programme, en lien avec les ordres professionnels en soins infirmiers, inhalothérapie et en technologies médicales, permet aux organisations d'intégrer des étudiants de 2e année dans la perspective de les aider à persister dans leur programme de formation professionnelle jusqu'à l'obtention de leur diplôme. Sur ce nombre, 50 personnes sont demeurées au sein de ces établissements pour l'année 2011 dans leur nouveau statut d'emploi (pré-embauche). L'Agence a investi 228 962 $ en soutien aux établissements dans ce programme.
- En lien avec le Programme national de soutien clinique, volet préceptorat, six CSSS ont mis en œuvre leur programme en 2010, un investissement totalisant 318 000 $. Le Programme de préceptorat a pour objectif la rétention de la jeune main-d'œuvre infirmière en offrant, aux infirmières et infirmières auxiliaires de moins de deux ans d'expérience, un encadrement clinique hebdomadaire.
- Depuis septembre 2010, la Mauricie a démarré son comité régional sur la gestion des stages en soins infirmiers. Parallèlement, les établissements de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont implanté le logiciel HSPnet, un outil informatique visant à faciliter la gestion des stages pour l'ensemble des coordonnateurs de stages du réseau de la santé et des services sociaux et des milieux de l'enseignement. L'Agence a investi 46 000 $ en 2010-2011 dans le déploiement et s'est engagée face au réseau de la santé et des services sociaux à assumer les frais relatifs à l'outil (frais de récurrence et de formation) pour les trois premières années d'opération.
- Une deuxième cohorte de médecins omnipraticiens ont participé au Programme de formation en gériatrie. Les objectifs poursuivis par ce programme étaient notamment d'assurer aux clientèles à profil gériatrique une accessibilité accrue à des services de santé et de services sociaux et de développer une pratique de collaboration interdisciplinaire en géronto-gériatrie. Cette formation, d'une durée de trois jours non consécutifs, a été dispensée à compter de l'automne 2010 à un groupe composé de 18 omnipraticiens de la région.
- Amorcée en 2008-2009, la diffusion du programme ministériel de formation *Agir auprès de la personne âgée*, visant l'intégration de l'approche milieu de vie en soins de longue durée, s'est poursuivie pour une 3e année consécutive. Composé de huit ateliers, ce programme est destiné à tous les préposés aux bénéficiaires des établissements travaillant auprès des personnes âgées et porte sur la qualité et l'efficacité des interventions dans un contexte d'évolution des clientèles, de leurs besoins et d'une réorganisation du travail. En 2010-2011, une somme de 227 697 $ a été répartie entre les établissements concernés par ces formations.
- Le Programme de formation sur la contribution de l'infirmière auxiliaire à la thérapie intraveineuse porte sur l'acquisition des compétences requises pour que les infirmières auxiliaires puissent contribuer à la thérapie intraveineuse. La diffusion de cette formation a débuté à l'hiver 2010 et se poursuivra jusqu'en mai 2013 dans les établissements de la région. À terme, 960 infirmières auxiliaires auront eu accès à la formation et l'Agence aura contribué pour un investissement total de 279 500 $. Au 31 décembre 2010, déjà 42 % des infirmières auxiliaires ciblées avaient complété leur formation de 21 heures.
- La formation *Comment tripler les résultats de vos expositions* a été offerte aux membres du comité régional de la planification de la main-d'œuvre et aux équipes des ressources humaines des établissements. Cet atelier pratique visait à outiller les responsables du recrutement et les conseillers en communication pour leur permettre de multiplier la rentabilité de leur présence aux salons d'emploi lors de recrutement de personnel.

L'organisation du travail et le développement des pratiques professionnelles

La révision continue des processus de travail ainsi que le développement des pratiques professionnelles représentent une des pistes de solutions concrètes retenues par l'Agence pour améliorer les conditions d'exercice et de travail des équipes et réduire l'impact du manque de disponibilité de la main-d'œuvre sur la dispensation des services. À cet égard, l'Agence accompagne et soutient plusieurs projets menés au sein des établissements.

Établissement	Projet
Projets vitrines 2008-2010 d'organisation du travail réalisés en partenariat avec les syndicats en Mauricie et au Centre-du-Québec	
CHRTR	*Projet d'optimisation des compétences et partage des responsabilités de l'équipe soignante.* Coût : 689 286 $, dont 409 000 $ financés par le MSSS. Visite post-projet en mars 2012.
CSSS de Trois-Rivières	*Projet action terrain pour les gens travaillant de près ou de loin au volet hébergement.* Coût : 515 496 $, dont 409 000 $ financés par le MSSS. Visite post-projet en mars 2012.
Projets locaux d'optimisation avec outils de documentation exportables	
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	*Projet d'optimisation de l'organisation du travail en psychiatrie et en UCDG.* L'Agence a déboursé 15 000 $ pour réaliser une étude de valeur ajoutée effectuée par le LIRISS de l'UQTR.
CSSS du Haut-Saint-Maurice	*Projet d'optimisation et d'accessibilité aux services de santé pour la population du Haut-Saint-Maurice.* L'Agence a déboursé 15 000 $ pour réaliser une cartographie de la trajectoire des usagers et l'identification des propositions d'amélioration.
Projet SARDM phase II	
CSSS et CHRTR	*Projet sur les systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments dans les établissements de santé au Québec (SARDM).* Projet quinquennal de planification de main-d'œuvre régionale visant à réduire l'impact des pénuries en soins infirmiers et en pharmacie et sécuriser le circuit du médicament. Le MSSS a approuvé en février 2011 le plan de réalisation régional de la phase II du projet pour la somme totale de 1 781 655 $, dans le cadre d'un financement tripartite.
Projet de développement des pratiques professionnelles	
CSSS de Trois-Rivières	*Projet d'implantation d'une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne.* L'introduction de la pratique avancée en soins de première ligne par l'intermédiaire des infirmières praticiennes spécialisées contribue à la prise en charge et au suivi de la clientèle en partenariat avec le médecin de famille. Une première infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne œuvre désormais sur le territoire de Trois-Rivières (au CSSS de Trois-Rivières, volet santé publique, et en GMF).

Les mesures incitatives

Afin d'assurer une disponibilité de la main-d'œuvre et pour éviter des ruptures de services à la population, diverses mesures incitatives temporaires ont été mises en place dans la région.

- Une première mesure, mise en vigueur durant l'été 2010, visait le personnel clinique (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires et inhalothérapeutes). Une prime pour un quart de travail supplémentaire a été accordée. Pour cette mesure, la subvention du MSSS était de 226 900 $ et la dépense réelle pour la région a été de 323 315 $. Les 11 établissements participants ont contribué pour 96 415 $, à même leur budget.
- Une deuxième mesure, en vigueur depuis le 1er juillet 2007, visait les infirmières travaillant à l'urgence et aux soins intensifs du CHRTR, des CSSS de l'Énergie, Drummond et d'Arthabaska-et-de-l'Érable. Une prime de 10 % du salaire a été accordée pour les infirmières du CHRTR et de 7 % pour les infirmières des CSSS. L'application de la mesure visait à l'origine la période estivale, mais elle a été prolongée pour une période indéfinie. On estime que les coûts pour cette année seront d'environ 1 565 000 $ pour le MSSS et de 258 000 $ pour l'Agence.
- Une troisième mesure visait les employés de la catégorie 4 avec une prime spéciale pour un quart de travail supplémentaire. Elle ciblait les éducateurs, les psychologues, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux, les techniciens en laboratoire, en radiologie, en radiodiagnostic, en génie biomédical, en radio-oncologie et en éducation spécialisée. Les établissements participants étaient le CHRTR, le Centre jeunesse et les CSSS Drummond, de l'Énergie et d'Arthabaska-et-de-l'Érable pour un déboursé total de 20 192 $.
- Une quatrième mesure concernait les pharmaciens. Un établissement a demandé un forfait d'installation de 10 000 $ pour un nouveau pharmacien recruté dans la région, un autre établissement a été autorisé à verser des forfaits d'installation et des primes de recrutement et de maintien et cinq établissements ont convenu d'appliquer des mesures administratives temporaires qui consistent en l'application de conditions de travail particulières, soit la semaine de 40 heures au lieu de 35 heures, une prime incitative de 5 % et une prime d'encadrement de 5 %.
- Une cinquième mesure se situe dans le cadre des lettres d'ententes relatives aux mesures administratives destinées aux techniciens et professionnels en santé et services sociaux (catégorie 4). Quatre établissements se sont vus autoriser onze projets, pour une subvention globale de 541 821 $. Tous les projets étaient terminés au 31 mars 2011.
- Une dernière mesure ciblait des moyens de valorisation temporaires pour les professions d'infirmières et d'infirmières auxiliaires, en lien avec la fidélisation et la disponibilité minimale de nouvelles employées par l'octroi de primes annuelles : 3 000 $ pour les infirmières, 2 000 $ pour les infirmières auxiliaires et 8 000 $ pour retenir les infirmières les plus expérimentées qui sont admissibles à la retraite, mais qui décident de demeurer au travail.

  Un bilan sommaire de la première année nous révèle une participation de 271 personnes pour les primes annuelles de fidélisation et de disponibilité minimale, pour un déboursé d'environ 728 000 $, et de 104 000 $ pour les 13 infirmières qui retardent leur retraite.

Les mesures de sécurité et de stabilité d'emploi

- Au 31 mars 2011, aucun cadre n'était inscrit en stabilité d'emploi.
- Dans le cadre des activités de la sécurité d'emploi du personnel salarié, cinq personnes étaient inscrites au Service régional de la main-d'œuvre (SRMO) au 31 mars 2011 : un professionnel, un paratechnique et soins infirmiers, deux aux services auxiliaires et une infirmière auxiliaire.

  Signalons que le territoire d'Arthabaska-et-de-l'Érable a été particulièrement actif pour des replacements de salariés en sécurité d'emploi. Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de la région voisine (Chaudière-Appalaches) a procédé à une restructuration qui a eu pour effet d'inscrire à la sécurité d'emploi 19 préposés aux bénéficiaires, 3 éducateurs et 12 infirmières auxiliaires qui étaient généralement admissibles pour un replacement au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable.

Les ressources informationnelles régionales

La région s'est dotée cette année d'un nouveau plan stratégique régional des ressources informationnelles, couvrant les années 2010 à 2015. La vision du plan est de créer un réseau régional performant, qui respecte à la fois les particularités des établissements et l'atteinte d'une organisation régionale cohérente et intégrée, en maximisant la valeur ajoutée des ressources informationnelles dans la prestation de soins et de services.

Le plan se décline en une série de projets structurants répartis sur cinq ans, visant à mieux positionner la région pour faire face aux nombreux défis actuels et à venir en ressources informationnelles (rareté de main-d'œuvre qualifiée, ampleur et complexité des projets, arrimage des technologies de l'information aux besoins d'affaires, rehaussement et maintien des infrastructures, nouvelles opportunités technologiques, etc.). Ces projets structurants visent en particulier à faciliter la circulation et le partage d'information clinique et de gestion aux intervenants du secteur de la santé et des services sociaux, dont les réseaux d'accessibilité, les GMF et les cliniques médicales, dans un contexte de mobilité des intervenants et des usagers. Cette année, les projets structurants ont entre autres entraîné une réorganisation de la gouvernance régionale des ressources informationnelles, la mise sur pied du bureau de projets et le déploiement du portefeuille régional de projets.

En parallèle aux projets structurants, se sont poursuivis les travaux portant sur les autres projets du portefeuille régional. Entre autres, la Direction des ressources informationnelles, en étroite collaboration avec les établissements du réseau, a poursuivi les efforts de préparation en vue d'accueillir le Dossier de santé du Québec, lequel apportera à terme plusieurs bénéfices aux usagers et aux intervenants. La composante informatique du RSIPA a également été déployée et le projet est complété.

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a pour ambition d'utiliser son Plan stratégique régional des ressources informationnelles comme un important guide à l'expansion technologique des prochaines années, permettant d'évaluer annuellement le contexte existant afin d'apporter les ajustements nécessaires. Le contexte dynamique dans lequel évoluent les technologies du réseau de la santé et des services sociaux demande en effet une vigilance constante à l'égard des nouvelles opportunités et des projets qui émergent chaque année.

Les progiciels administratifs régionaux

Durant l'année 2010-2011, l'Agence a mis en place une structure de gouvernance afin d'assurer la coordination régionale des PAR favorisant l'optimisation et l'harmonisation des processus administratifs.

Deux processus, cycle de paie et classification des produits, ont été ciblés et ont fait l'objet d'une analyse de HEC Montréal menant à des recommandations précises. Des plans d'action locaux ont été produits et sont en cours de réalisation dans tous les établissements. Plusieurs mises en commun ont déjà été effectuées, entre autres la mise sur pied de comités d'utilisateurs experts.

Les objectifs suivants, poursuivis par la gouvernance des PAR, sont en cours de réalisation :

- Assurer la gestion stratégique des PAR.
- Assurer la mise à niveau des pratiques de gestion qui sont associées aux PAR dans chacun des établissements.
- Assurer l'exploitation optimale des PAR.
- Assurer l'obtention d'un maximum de bénéfices des PAR en matière d'optimisation intra et interorganisationnelle.
- Garantir en tout temps une coordination et un soutien adéquat à l'égard de l'exploitation des PAR.

Les ressources matérielles et immobilières régionales

- Des investissements de 16 073 044 $ ont été alloués au renouvellement des équipements (équipements médicaux, équipements non médicaux et mobilier) dans le cadre du maintien des actifs 2010-2011.
- Conformément au nouveau cadre de gestion, le MSSS a alloué un montant de 549 429 $ à la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour combler les besoins d'ajout d'équipements.
- Une subvention de 117 000 $ a été accordée par le MSSS au CHRTR pour lui permettre d'acquérir un appareil échographique dans le cadre du Programme de procréation assistée.
- En 2010-2011, un projet centralisé d'immobilisations a reçu confirmation d'une subvention dédiée aux fonds des équipements et mobilier. Le CSSS de Trois-Rivières s'est vu accorder un montant de 2 164 000 $ pour

financer l'achat du mobilier et des équipements dans le cadre du projet de construction du CHSLD de 160 lits sur le site de la Résidence Cooke.

- Enfin, dans le cadre du Programme d'achat d'équipements médicaux et des aides techniques nécessaires au soutien à domicile, un premier montant de 547 840 $ a été accordé à la région. Un montant de 113 400 $, dédié aux aides techniques du Programme d'oxygénothérapie, a également été accordé.
- En 2010-2011, l'enveloppe budgétaire de maintien des actifs immobiliers a été établie à 16 943 195 $. Cette enveloppe a été distribuée aux établissements en fonction de la valeur de remplacement des actifs immobiliers. De cette somme, un montant a été réservé afin de soutenir des projets prioritaires.
- La région a également obtenu une enveloppe de 5 686 549 $ pour entreprendre des travaux de rénovation fonctionnelle dans les installations autres que celles de type CHSLD. Les projets ciblés visent principalement à effectuer des travaux d'aménagement favorisant l'optimisation des services à la population.
- Également, l'Agence a obtenu du MSSS une enveloppe de 2 345 000 $ pour des projets dans le cadre du Plan d'action pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Quatre projets de rénovation fonctionnelle mineure ont été retenus pour ce montant.
- En 2010-2011, un montant de 2 195 900 $ pour les autres dépenses de nature non capitalisables a été accordé à notre région.
- De plus, un montant de 325 500 $ a été alloué au CHRTR pour la consolidation des équipements nécessaires au fonctionnement de huit lits de néonatalogie.
- Un montant de 600 000 $ a été accordé au CSSS du Haut-Saint-Maurice pour le renouvellement du tomodensitomètre.
- Également, le MSSS a accordé un montant de 31 720 $ pour l'acquisition d'équipements, au CSSS Drummond et au CHRTR, en complémentarité avec les allocations d'Opération Enfant Soleil.
- Un montant de 439 157 $ a été accordé par le MSSS pour l'acquisition d'équipements en pharmacie pour la phase II du projet SARDM.
- Finalement, un montant de 1 868 644 $ a été alloué pour le maintien des actifs informationnels de la région.

CHAPITRE 19

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence reconnaît l'apport essentiel des organismes communautaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Par le Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC), l'Agence apporte à ces organismes un soutien financier en appui à la réalisation de leur mission globale, complémentaire à la contribution de la communauté. Deux autres objectifs sont traduits dans les actions portées par l'Agence, soit reconnaître et promouvoir l'action des organismes communautaires et leur offrir le soutien et l'information nécessaire à l'accomplissement de leur mission.

La gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires

La reconnaissance

La Politique de reconnaissance des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec balise l'analyse des demandes de reconnaissance. La politique détermine clairement ce qui constitue le domaine de la santé et des services sociaux, énonce les caractéristiques définissant un organisme communautaire et introduit la notion de non-dédoublement des organismes sur un même territoire. La reconnaissance comme organisme communautaire est préalable à l'obtention d'un soutien financier en mission globale, dans le cadre du programme SOC.

En 2010-2011, un organisme a obtenu sa reconnaissance à titre d'organisme communautaire œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux et un autre a mis un terme à ses activités. Signalons, par ailleurs, qu'en accord avec les nouvelles normes ministérielles concernant l'agrément des résidences offrant des services aux personnes en fin de vie et à leurs proches, l'organisme de cette catégorie reçoit dorénavant son financement par entente spécifique. Il n'est donc plus comptabilisé dans la liste des organismes reconnus.

Le soutien financier

Les sommes dédiées aux organismes communautaires ont été attribuées en conformité avec les balises du programme SOC, les orientations ministérielles et régionales ainsi que le Cadre de financement des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Chaque année, une attention particulière est portée à la reddition de comptes produite par les organismes communautaires subventionnés. L'Agence procède à l'analyse des documents en tenant compte des balises et de la procédure établie par le MSSS. Un suivi est effectué relativement aux obligations de reddition de comptes de chaque organisme financé. De plus, dix organismes ont fait l'objet d'un suivi particulier au cours de la dernière année, compte tenu des difficultés rencontrées.

Pour l'année 2010-2011

Au 31 mars 2011, l'Agence de la santé et des services sociaux reconnaît 222 ressources à titre d'organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Un financement est alloué à 220 d'entre eux dans le cadre du programme SOC. De plus, 23 organismes ont été financés uniquement par ententes spécifiques. Ce sont donc 243 groupes communautaires qui ont été soutenus financièrement par l'Agence au cours de cette période.

Programmes-services		Organismes financés
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement		**11**
Déficience intellectuelle	7	
Troubles envahissants du développement	4	
Déficience physique		**25**
Déficience physique	13	
Déficiences multiples	12	
Dépendances		**17**
Alcoolisme/toxicomanie et autres dépendances	13	
Hébergement mixte	4	
Jeunes en difficulté		**57**
Organismes de justice alternative	7	
Maisons de jeunes	34	
Autres ressources jeunesse	14	
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	2	
Perte d'autonomie liée au vieillissement		**21**
Maintien à domicile	6	
Centre d'action bénévole	15	
Santé mentale		**29**
Santé mentale	29	
Santé physique		**13**
Santé physique	11	
Cancer	1	
Maisons agréées de soins palliatifs	1	
Santé publique		**45**
Contraception, allaitement, périnatalité, famille	17	
Personnes démunies	25	
VIH/sida	3	

Services généraux, activités cliniques et d'aide		**25**
Orientation et identité sexuelles	1	
Concertation et consultation générale	1	
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	7	
Centres de femmes	7	
Autres ressources pour femmes	1	
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	4	
Ressources pour hommes	4	
Sous-total		**243**
Organismes financés exclusivement par ententes spécifiques	23	
Organismes financés au Programme de soutien aux organismes communautaires		**220**

L'augmentation du budget destiné aux organismes communautaires

L'Agence apporte un soutien financier à la mission globale à 220 organismes communautaires, répartis dans 26 catégories. On estime à près de 17 000 le nombre de personnes impliquées dans la réalisation de la mission de ces groupes. Ces individus, qu'ils soient rémunérés ou bénévoles, permettent la réalisation d'activités diversifiées :

- accueil, écoute, évaluation, soutien, aide, accompagnement et référence;
- mise en place et animation de groupes d'entraide;
- aide directe à la population (banques alimentaires, prêts de matériels, comptoirs vestimentaires);
- réalisation d'ateliers, de conférences, de formations thématiques (prévention, information portant sur des problématiques précises, développement d'habiletés, modification de comportements);
- soutien à la réinsertion sociale;
- hébergement pour différents groupes de la population (femmes en difficulté, jeunes en difficulté, personnes alcooliques ou toxicomanes, personnes atteintes du sida ou de la maladie d'Alzheimer, personnes itinérantes).

Les investissements réalisés dans ce secteur pour l'année 2010-2011 ont été les suivants :

- Une indexation annuelle de 2 % a été octroyée aux ressources recevant un financement en mission globale (550 561 $) ainsi que par ententes spécifiques (65 700 $) pour un montant total de 616 261 $.
- Un montant de 30 000 $ a été réparti entre deux organismes nouvellement reconnus, pour lesquels il s'agit d'un premier financement de l'Agence.
- Une somme de 40 000 $ a été partagée entre deux centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) afin qu'ils puissent offrir des services sur deux territoires supplémentaires (la MRC de Bécancour et le Haut-Saint-Maurice).

Les allocations suivantes ont été faites sur une base non récurrente :

- Une somme de 106 612 $ a été répartie entre six organismes pour assurer les services de supervision des droits d'accès.
- Une somme de 600 000 $ a été répartie entre 28 organismes intervenant auprès des personnes démunies afin d'accroître temporairement leur capacité à offrir du soutien à ces personnes, de même qu'à compenser partiellement la hausse du coût des aliments et la réduction appréhendée des revenus provenant de leurs campagnes de levées de fonds.
- La Table régionale des organismes communautaires (TROC) a reçu un financement de 25 000 $ pour les frais inhérents à la réalisation des activités du Programme de formation dédié aux organismes communautaires.

Évolution du budget alloué aux organismes communautaires

	2010-2011		2009-2010	
Mission globale	28 531 102	86 %	28 030 042	86 %
Ententes spécifiques	4 715 539	14 %	4 549 781	14 %
TOTAL	33 246 641	100 %	32 579 823	100 %

Le bilan des principales réalisations

- La poursuite des travaux sur la mise en œuvre de l'harmonisation des pratiques administratives du programme SOC a permis d'ajuster les pratiques administratives de l'Agence en lien avec les décisions adoptées par le comité sur la valorisation et la consolidation de l'action communautaire en santé et services sociaux.
- Les liens de collaboration entre l'Agence et la TROC ont également contribué à la gestion efficiente du programme SOC. Les deux instances ont eu des échanges réguliers.
- L'Agence et la TROC ont travaillé conjointement à la gestion du Programme de formation dédié aux organismes communautaires. Les sujets priorisés cette année sont les rôles et responsabilités des membres de conseil d'administration et la gestion financière. Ces formations, qui s'adressent aux membres de conseil d'administration et aux employés des organismes communautaires, ont été proposées gratuitement dans les 11 territoires de MRC de la région et ont permis de rejoindre 171 participants provenant de 63 organismes reconnus par l'Agence ou financés par ententes spécifiques.
- L'Agence a participé à la mise en application du programme fédéral *Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance* pour la Mauricie et le Centre-du-Québec. Cette initiative contribue à la prévention et la réduction de l'itinérance en soutenant les régions ayant des problèmes d'itinérance graves. Dans le cadre de la mise en œuvre de ce programme, 17 projets ont pu être soutenus financièrement (7 à Trois-Rivières, 6 à Drummondville, 3 à Shawinigan et 1 à Victoriaville). L'Agence est notamment responsable de la mise en œuvre des plans communautaires en itinérance pour les villes de Drummondville et Trois-Rivières, ainsi que du processus de recommandation et de suivi des projets qui en découlent.
- Trois-Rivières figure au nombre des quatre villes retenues par le MSSS pour la réalisation de projets pilotes de coordination intersectorielle, visant l'optimisation des ressources disponibles pour prévenir et contrer l'itinérance. En lien avec le Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013, l'Agence assume le mandat de coordination qui lui est dévolu par la mise sur pied d'un comité directeur régional ainsi qu'en procédant à l'élaboration d'un portrait de l'organisation des services gouvernementaux, municipaux et communautaires en matière d'itinérance. Ces travaux permettront de cibler les pistes d'action prioritaires pour améliorer l'accès, la qualité, la continuité et la complémentarité des services. L'Agence a pour mandat d'assurer le suivi des actions ciblées.
- L'Agence soutient un second projet pilote, dans la foulée du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013, soit la mise en place d'une équipe itinérance à Trois-Rivières. Ce projet est issu de travaux conjoints menés par trois établissements du réseau (Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec, le CHRTR et le CSSS de Trois-Rivières) et deux organismes communautaires (Centre Le Havre de Trois-Rivières et Point de rue). Par la formation d'une équipe d'intervenants mobiles, on vise à assurer la coordination des services et le suivi de la clientèle en situation de rupture sociale ou à risque de l'être. L'Agence assure le suivi de ce projet auprès du MSSS et les interfaces avec la démarche de coordination intersectorielle en itinérance de Trois-Rivières.

Les données financières des organismes communautaires

	Budget total 2010-2011	Budget total 2009-2010	Variation
Déficience intellectuelle			
Arche Mauricie inc.	358 793 $	351 758 $	2 %
Association des personnes déficientes intellectuelles Bécancour–Nicolet-Yamaska	145 456 $	142 604 $	2 %
Association pour la déficience intellectuelle Centre-Mauricie	105 199 $	94 750 $	11 %
L'Association pour l'intégration sociale (région Bois-Francs)	72 365 $	70 946 $	2 %
Parrainage civique des Bois-Francs inc.	51 598 $	50 586 $	2 %
Parrainage civique Drummond inc.	79 488 $	77 929 $	2 %
Parrainage civique du Trois-Rivières métropolitain	62 691 $	61 462 $	2 %
	875 590 $	**850 035 $**	
Troubles envahissants du développement			
Autisme — Centre-du-Québec	36 765 $	33 167 $	11 %
Autisme Mauricie	152 730 $	276 341 $	-45 %
Centre de stimulation l'Envol	76 411 $	74 913 $	2 %
Les Horizons ouverts	129 138 $	0 $	100 %
	395 044 $	**384 421 $**	
Déficience physique			
Association des sourds du Centre-du-Québec inc.	6 831 $	6 697 $	2 %
« La Source » – Association des personnes handicapées du Haut St-Maurice inc.	70 987 $	69 595 $	2 %
Association de paralysie cérébrale région Mauricie et Centre-du-Québec	49 335 $	48 368 $	2 %
Association des personnes malentendantes de la Mauricie	36 765 $	33 167 $	11 %
Association des personnes malentendantes des Bois-Francs	43 954 $	43 092 $	2 %
Association des sourds de la Mauricie inc.	63 750 $	62 500 $	2 %
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs Mauricie–Centre-du-Québec inc.	62 513 $	61 287 $	2 %
Association des sourds et malentendants du Centre-du-Québec inc.	34 000 $	38 329 $	-11 %
Centre pour handicapés physiques des Bois-Francs inc.	229 475 $	224 975 $	2 %

	Budget total 2010-2011	Budget total 2009-2010	Variation
Déficience physique (suite)			
Coup de main Mauricie	98 711 $	96 775 $	2 %
H.S.I. Handicaps Soleil inc.	63 674 $	62 425 $	2 %
Handicap action autonomie Bois-Francs	79 484 $	77 925 $	2 %
Regroupement des personnes sourdes de la Mauricie	6 831 $	6 697 $	2 %
	846 310 $	**831 832 $**	
Déficiences multiples			
Association des handicapés adultes de la Mauricie inc.	53 207 $	52 164 $	2 %
Association des parents d'enfants handicapés (APEH) inc.	92 166 $	90 359 $	2 %
Association des parents d'enfants handicapés du Centre-du-Québec inc.	52 193 $	51 170 $	2 %
Association des personnes handicapées de Drummond inc.	55 219 $	54 136 $	2 %
Association des personnes handicapées de la MRC de Bécancour	65 964 $	64 671 $	2 %
Association des personnes handicapées de l'Érable inc.	73 417 $	71 977 $	2 %
Association des personnes handicapées du Lac St-Pierre	93 045 $	91 221 $	2 %
Association Part-égale Normandie	72 814 $	71 386 $	2 %
L'alpha – Secteur des Chenaux	35 164 $	31 524 $	12 %
L'Amis-temps des Bois-Francs	55 565 $	33 282 $	67 %
L'Association des personnes handicapées du comté de Maskinongé inc.	55 219 $	54 136 $	2 %
L'Évasion Service de gardiennage et de répit	85 884 $	70 830 $	21 %
	789 857 $	**736 856 $**	
Alcoolisme – toxicomanie et autres dépendances			
Action toxicomanie Bois-Francs	77 649 $	76 126 $	2 %
Centre Adrienne-Roy Shawinigan inc.	88 073 $	86 346 $	2 %
Centre de réadaptation Wapan	50 477 $	49 487 $	2 %
Centre d'entraide aux Rayons du soleil inc.	31 526 $	27 792 $	13 %
Centre L'Étape du bassin de Maskinongé inc.	77 649 $	76 126 $	2 %
La Relance Nicolet-Bécancour inc.	77 649 $	76 126 $	2 %
Le Grand Chemin inc.	425 086 $	362 701 $	17 %

	Budget total 2010-2011	Budget total 2009-2010	Variation
Alcoolisme – toxicomanie et autres dépendances (suite)			
Maison « Rèso » de la Mauricie	77 649 $	76 126 $	2 %
Maison Carignan inc.	193 675 $	189 877 $	2 %
Maison de sobriété Trois-Rivières inc.	57 920 $	56 784 $	2 %
Maison du Lac	47 470 $	189 878 $	-75 %
Pavillon de l'Assuétude	376 962 $	369 571 $	2 %
Unité Domrémy de Plessisville inc.	88 073 $	86 346 $	2 %
	1 669 858 $	**1 723 286 $**	
Hébergement mixte			
Centre Le Havre de Trois-Rivières inc.	482 187 $	471 948 $	2 %
Ensoleilvent	326 969 $	320 558 $	2 %
Pro-Anawim	526 698 $	523 413 $	1 %
Maison de Transition de la Batiscan	343 225 $	336 495 $	2 %
	1 679 079 $	**1 652 414 $**	
Organismes de justice alternative			
Aux Trois pivots	435 569 $	427 028 $	2 %
Commun accord – Organisme de justice alternative	190 567 $	186 830 $	2 %
Départ jeunesse inc.	131 606 $	129 025 $	2 %
L'Alter-égaux – Organisme de justice alternative	73 828 $	72 380 $	2 %
Organisme de justice alternative Volteface	239 013 $	234 326 $	2 %
Pacte Bois-Francs inc.	192 093 $	188 326 $	2 %
Ressources alternatives Maskinongé	77 931 $	76 403 $	2 %
	1 340 607 $	**1 314 318 $**	
Maisons de jeunes			
« L'Eau-vent » (maison de jeunes)	86 901 $	85 197 $	2 %
Alternative jeunesse de Trois-Rivières	102 253 $	100 248 $	2 %
Carrefour jeunesse de Shawinigan	98 376 $	96 447 $	2 %
Comité liaison Adolescents-Parents	66 407 $	65 105 $	2 %
Défi-jeunesse du Haut-St-Maurice inc.	96 898 $	95 398 $	2 %

	Budget total 2010-2011	Budget total 2009-2010	Variation
Maisons de jeunes (suite)			
La Corporation de la Maison des jeunes « Action-Jeunesse » inc.	86 901 $	85 197 $	2 %
La Fréquence inc.	102 253 $	100 248 $	2 %
La maison de jeunes « Au bout du monde » de St-Paulin	83 820 $	82 176 $	2 %
La maison des jeunes Au cœur des montagnes	71 750 $	70 343 $	2 %
La Maison des jeunes de Plessisville inc.	94 221 $	92 374 $	2 %
La traversée 12-18 ans inc.	94 757 $	92 899 $	2 %
L'Accueil jeunesse Grand-Mère inc.	98 376 $	96 447 $	2 %
L'Association des Groupes de jeunes des Hauts-Reliefs	71 750 $	70 343 $	2 %
Local Action jeunes	67 801 $	66 472 $	2 %
Maison de jeunes Le Transit	80 327 $	78 752 $	2 %
Maison de jeunes l'Éveil jeunesse de Louiseville inc.	94 758 $	92 900 $	2 %
Maison de quartier de Drummondville inc.	102 253 $	100 248 $	2 %
Maison des jeunes « La destination 12-17 » inc.	112 108 $	109 910 $	2 %
Maison des jeunes « Le Chakado »	59 131 $	57 972 $	2 %
Maison des jeunes de Bécancour	55 066 $	53 986 $	2 %
Maison des jeunes de Notre-Dame-de-Montauban L'Index	85 000 $	90 518 $	-6 %
Maison des jeunes de Saint-Charles-de-Drummond	66 919 $	65 607 $	2 %
Maison des jeunes de Saint-Cyrille-de-Wendover	78 438 $	76 900 $	2 %
Maison des jeunes de Sainte-Brigitte-des-Saults	15 300 $	15 000 $	2 %
Maison des jeunes de Shawinigan-Sud	66 919 $	65 607 $	2 %
Maison des jeunes de Ste-Gertrude inc.	54 095 $	53 034 $	2 %
Maison des jeunes de St-Georges-de-Champlain	51 914 $	50 896 $	2 %
Maison des jeunes de St-Germain	71 750 $	70 343 $	2 %
Maison des jeunes de Wickham	29 865 $	24 495 $	22 %
Maison des jeunes du Bas-St-François	68 782 $	67 433 $	2 %
Maison des jeunes la Forteresse	56 464 $	55 357 $	2 %
Partenaires 12-18/Érable	70 909 $	69 519 $	2 %
Partenaires Action jeunesse Mékinac	56 200 $	55 098 $	2 %
Trait d'union de Victoriaville	105 328 $	103 263 $	2 %
	2 603 990 $	**2 555 732 $**	

	Budget total 2010-2011	Budget total 2009-2010	Variation
Autres ressources jeunesse			
Centre social et récréatif St-Sacrement	15 021 $	14 726 $	2 %
Espace Bois-Francs	123 443 $	121 023 $	2 %
Espace Mauricie	132 551 $	129 952 $	2 %
Gentilly Transit jeunesse	45 225 $	44 338 $	2 %
Le refuge La Piaule du Centre-du-Québec inc.	160 365 $	157 221 $	2 %
Maison Marie Rivier de Drummondville inc.	56 506 $	55 435 $	2 %
Organisme Centretien de Nicolet et régions	42 329 $	37 281 $	14 %
Point de rue	156 247 $	87 497 $	79 %
Répit jeunesse	83 985 $	82 338 $	2 %
Toit Jef inc.	83 493 $	81 856 $	2 %
Tràsh – Travail de rue à Shawinigan	15 000 $	0 $	100 %
Travail de rue communautaire de la MRC de Maskinongé	83 493 $	81 856 $	2 %
Travailleurs de rue de La Tuque inc.	83 493 $	81 856 $	2 %
Travailleurs de rue, information, prévention, sensibilisation du Rivage	72 400 $	71 005 $	2 %
	1 153 551 $	**1 046 384 $**	
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse			
Maison Habit-Action de Drummondville inc.	382 334 $	374 837 $	2 %
Maison Raymond-Roy	382 334 $	374 837 $	2 %
	764 668 $	**749 674 $**	
Maintien à domicile			
Association des personnes aidantes naturelles de Mékinac	36 946 $	33 352 $	11 %
Carpe Diem – Centre de ressources Alzheimer	673 355 $	666 138 $	1 %
L'Association des aidants naturels et aidantes naturelles du bassin de Maskinongé « Mains tendres »	69 106 $	67 751 $	2 %
Regroupement des aidants naturels de la Mauricie inc.	76 284 $	74 788 $	2 %
Société Alzheimer du Centre-du-Québec	182 600 $	229 020 $	-20 %
Soutien à domicile des Chenaux	20 000 $	20 000 $	0 %
	1 058 291 $	**1 091 049 $**	

	Budget total 2010-2011	Budget total 2009-2010	Variation
Centre d'action bénévole (CAB)			
Carrefour d'action bénévole du Haut-Saint-Maurice	153 693 $	151 114 $	2 %
Carrefour d'entraide bénévole des Bois-Francs	264 648 $	259 459 $	2 %
Centre d'action bénévole de Grand'Mère inc.	153 600 $	150 588 $	2 %
Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Bécancour	215 535 $	211 309 $	2 %
Centre d'action bénévole de la Moraine	120 429 $	118 068 $	2 %
Centre d'action bénévole de la MRC de Maskinongé	151 836 $	148 859 $	2 %
Centre d'action bénévole de l'Érable	158 444 $	155 337 $	2 %
Centre d'action bénévole de Nicolet inc.	136 608 $	133 929 $	2 %
Centre d'action bénévole des Riverains	119 767 $	117 419 $	2 %
Centre d'action bénévole Drummond inc.	311 310 $	305 206 $	2 %
Centre d'action bénévole du Lac St-Pierre	129 196 $	126 663 $	2 %
Centre d'action bénévole du Rivage	141 536 $	138 761 $	2 %
Centre d'action bénévole Laviolette	309 331 $	303 266 $	2 %
Centre d'action bénévole Mékinac	135 843 $	133 179 $	2 %
Le Centre d'action bénévole de la région de Shawinigan	233 315 $	228 740 $	2 %
	2 735 091 $	**2 681 897 $**	
Santé mentale			
Accalmie : Accompagnement et hébergement pour personnes suicidaires	298 586 $	292 731 $	2 %
Association des parents et amis du malade émotionnel du Centre-du-Québec inc.	166 696 $	163 428 $	2 %
Association Le P.A.S.	164 534 $	161 308 $	2 %
Atikamekw Sipi-Conseil de la Nation Atikamekw	12 263 $	12 023 $	2 %
Auto-Psy Mauricie	166 641 $	163 373 $	2 %
Centre de prévention suicide du Haut-Saint-Maurice	118 123 $	117 228 $	1 %
Centre d'écoute et de prévention suicide Drummond	154 423 $	151 395 $	2 %
Centre prévention suicide Les Deux Rives	362 363 $	355 258 $	2 %
Centre prévention suicide Centre-de-la-Mauricie Mékinac inc.	160 872 $	157 718 $	2 %
Groupe d'entraide « L'Entrain »	175 301 $	171 864 $	2 %
Groupe d'entraide Facile d'accès	126 205 $	123 730 $	2 %
Groupe d'entraide La Lanterne	206 715 $	202 661 $	2 %

	Budget total 2010-2011	Budget total 2009-2010	Variation
Santé mentale (suite)			
La Chrysalide – Maison d'hébergement communautaire en santé mentale	339 983 $	333 317 $	2 %
La maison Le Réverbère inc.	367 366 $	360 163 $	2 %
La Passerelle, Association de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale de Bécancour–Nicolet-Yamaska	126 159 $	123 685 $	2 %
La Ruche Aire-ouverte inc.	161 587 $	158 419 $	2 %
L'Avenue libre du bassin de Maskinongé inc.	135 563 $	131 630 $	3 %
Le Gyroscope du bassin de Maskinongé	108 371 $	106 246 $	2 %
Le Périscope – Association des familles et des proches des personnes atteintes de maladie mentale du Centre Mauricie et secteur Mékinac (AFPPAMM)	153 768 $	150 753 $	2 %
Le Réseau de prévention suicide des Bois-Francs inc.	163 003 $	166 807 $	-2 %
Le Réseau d'habitation communautaire de la Mauricie inc.	63 781 $	62 530 $	2 %
Le Traversier – Centre de jour et d'entraide en santé mentale	218 663 $	214 376 $	2 %
Les parents partenaires inc.	117 107 $	114 811 $	2 %
Panda Mauricie/Centre du Québec	28 551 $	24 739 $	15 %
Pivot Centre-du-Québec	218 103 $	213 827 $	2 %
Regroupement des organismes de base en santé mentale régions 04-17	71 581 $	74 177 $	-3 %
Réseau d'aide Le Tremplin inc.	539 561 $	528 981 $	2 %
S.I.T. (Service d'intégration au travail)	359 271 $	352 226 $	2 %
Solidarité régionale d'aide et d'accompagnement pour la défense des droits en santé mentale du Centre-du-Québec/Mauricie	117 989 $	115 675 $	2 %
	5 403 129 $	**5 305 079 $**	
Santé physique			
Association de la fibromyalgie Mauricie/Centre-du-Québec	47 075 $	46 152 $	2 %
Association des cardiaques de la Mauricie inc.	58 075 $	46 152 $	26 %
Association des personnes aphasiques de la Mauricie	49 300 $	48 333 $	2 %
Association des traumatisés cranio-cérébraux, Mauricie/Centre-du-Québec	63 137 $	61 899 $	2 %
Diabète Bois-Francs	43 224 $	42 376 $	2 %
Épilepsie Mauricie Centre-du-Québec	75 818 $	74 331 $	2 %
Hépatites ressources	84 468 $	79 640 $	6 %

	Budget total 2010-2011	Budget total 2009-2010	Variation
Santé physique (suite)			
La fondation des traumatisés cranio-cérébraux Mauricie Bois-Francs inc.	53 282 $	52 237 $	2 %
Société canadienne de la sclérose en plaques section Centre-du-Québec	19 057 $	15 000 $	27 %
Société canadienne de la Sclérose en plaques, section Mauricie	55 931 $	54 834 $	2 %
Société Parkinson Mauricie/Centre-du-Québec inc.	50 928 $	49 929 $	2 %
	600 295 $	**570 883 $**	
Cancer			
Le Ruban Rose	50 407 $	49 419 $	2 %
	50 407 $	**49 419 $**	
Maisons agrées de soins palliatifs			
Maison Albatros Trois-Rivières inc.	404 316 $	395 329 $	2 %
	404 316 $	**395 329 $**	
Contraception, allaitement, périnatalité, famille			
Allaitement-Soleil	56 979 $	55 862 $	2 %
Association des familles monoparentales ou recomposées La Source	18 556 $	0 $	100 %
Association Parents-ressources des Bois-Francs	18 468 $	18 106 $	2 %
Centre de ressources pour la naissance région Mauricie inc.	67 104 $	65 788 $	2 %
F.A.I.R.E (Familles d'appui et intervention pour un réseau d'entraide)	2 346 $	2 300 $	2 %
La Maison de la famille de Trois-Rivières inc.	58 116 $	53 549 $	9 %
Le Lien Maison de la famille	1 500 $	1 500 $	0 %
Le Rendez-vous familial inc.	2 220 $	2 176 $	2 %
Maison de la famille des Chenaux	15 356 $	15 055 $	2 %
Maison de la famille du bassin de Maskinongé	17 942 $	23 507 $	-24 %
Maison de la famille, Drummond inc.	23 224 $	23 470 $	-1 %
Maison des familles Chemin du Roi inc.	7 001 $	8 037 $	-13 %
Maison des familles de l'Érable	16 214 $	15 896 $	2 %

	Budget total 2010-2011	Budget total 2009-2010	Variation
Contraception, allaitement, périnatalité, famille (suite)			
Maison des familles de Mékinac	14 821 $	14 530 $	2 %
Maison des familles du Rivage	4 613 $	4 523 $	2 %
Maternaide du Québec	77 850 $	76 324 $	2 %
Ressource Parent-ailes	47 668 $	47 531 $	0 %
	449 978 $	**428 154 $**	
Personnes démunies			
Association coopérative d'économie familiale de la Mauricie (ACEF)	145 302 $	143 041 $	2 %
Carrefour d'entraide Drummond inc.	139 889 $	137 665 $	2 %
Carrefour Normandie Saint-Tite inc.	86 611 $	85 503 $	1 %
Centre d'éducation populaire de Pointe-du-Lac	91 539 $	90 113 $	2 %
Centre d'entraide « Contact » de Warwick	61 385 $	60 454 $	2 %
Centre d'organisation mauricien de services et d'éducation populaire (C.O.M.S.E.P.)	92 905 $	91 452 $	2 %
Centre du Plateau Laval	106 915 $	105 030 $	2 %
Comptoir alimentaire Drummond inc.	95 247 $	93 899 $	1 %
Ebyôn	59 646 $	58 845 $	1 %
Entraide Bécancour inc.	39 334 $	35 522 $	11 %
Fonds communautaire des Chenaux	90 726 $	89 327 $	2 %
La Maison de l'Abondance	64 411 $	63 519 $	1 %
La Sécurité alimentaire	79 178 $	77 898 $	2 %
La Tablée populaire	98 107 $	96 703 $	1 %
La Tablée populaire Shawinigan inc.	102 993 $	101 700 $	1 %
L'Entre-aide de Louiseville	73 472 $	72 402 $	1 %
Les Artisans bénévoles de la paix en Mauricie	77 690 $	76 535 $	2 %
Les cuisines collectives de Francheville	115 475 $	113 579 $	2 %
Les Cuisines collectives des Bois-Francs	120 342 $	118 255 $	2 %
Ludolettre	74 894 $	73 637 $	2 %
Maison Coup de pouce T.R.	74 341 $	73 252 $	1 %
Moisson Mauricie/Centre-du-Québec	180 235 $	164 838 $	9 %
Organisme de récupération alimentaire et de services St-Eusèbe	83 366 $	82 004 $	2 %

	Budget total 2010-2011	Budget total 2009-2010	Variation
Personnes démunies (suite)			
Organisme de récupération anti-pauvreté de l'Érable	96 803 $	95 178 $	2 %
Ressource Aide alimentaire	69 313 $	68 165 $	2 %
	2 320 119 $	**2 268 516 $**	
VIH – SIDA			
Bureau local d'intervention traitant du sida (B.L.I.T.S.)	130 393 $	128 121 $	2 %
Maison Re-Né inc.	251 049 $	246 126 $	2 %
Sidaction (Trois-Rivières) inc.	100 034 $	98 202 $	2 %
	481 476 $	**472 449 $**	
Orientation et identité sexuelles			
GRIS – Centre-du-Québec	15 000 $	0 $	100 %
	15 000 $	**0 $**	
Concertation et consultation générale			
Table régionale des organismes communautaires (TROC) œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux Centre-du-Québec et Mauricie	189 432 $	227 557 $	-17 %
	189 432 $	**227 557 $**	
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté			
La maison La Nacelle	605 771 $	593 893 $	2 %
La Rose des vents de Drummond inc.	622 055 $	609 858 $	2 %
La Séjournelle (maison d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale avec ou sans enfants)	619 971 $	607 815 $	2 %
Le FAR (famille, accueil, référence) 1985 inc.	643 524 $	630 906 $	2 %
Le Toit de l'Amitié	603 798 $	607 815 $	-1 %
Maison « de Connivence » inc.	619 971 $	607 815 $	2 %
Maison d'hébergement La Volte-Face	622 055 $	609 858 $	2 %
	4 337 145 $	**4 267 960 $**	

	Budget total 2010-2011	Budget total 2009-2010	Variation
Centre de femmes			
Centre de femmes de Shawinigan inc.	178 686 $	175 182 $	2 %
Centre de femmes Parmi elles	178 515 $	175 015 $	2 %
Centre des femmes L'Héritage	178 515 $	175 015 $	2 %
Femmes de Mékinac	178 336 $	174 839 $	2 %
La maison des femmes des Bois-Francs	178 603 $	175 101 $	2 %
Le collectif des femmes de Nicolet et région	191 413 $	187 660 $	2 %
Maison des femmes de Drummondville	178 750 $	175 245 $	2 %
	1 262 818 $	**1 238 057 $**	
Autres ressources pour femmes			
Centre de santé des femmes de la Mauricie	500 777 $	490 959 $	2 %
	500 777 $	**490 959 $**	
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)			
Centre d'aide AQUA-R-ELLE	125 069 $	116 279 $	8 %
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Trois-Rivières	262 204 $	272 667 $	-4 %
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du Centre-de-la-Mauricie/Mékinac	138 462 $	118 422 $	17 %
La Passerelle – Centre d'aide et de prévention contre les agressions sexuelles	235 256 $	239 486 $	-2 %
	760 991 $	**746 854 $**	
Ressources pour hommes			
Halte Drummond	136 232 $	133 561 $	2 %
Homme alternative	136 232 $	133 561 $	2 %
L'Accord Mauricie inc.	162 134 $	177 975 $	-9 %
Chez-nous entre hommes	124 224 $	55 612 $	123 %
	558 822 $	**500 709 $**	
	33 246 641 $	**32 579 823 $**	

CHAPITRE 20

LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉSEAU

Le bilan d'application de la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette

Le 12 juin 2010, L'Assemblée nationale sanctionnait le projet de loi 100 établissant l'objectif de réduire de 10 % les dépenses de fonctionnement de nature administrative constatées en 2009-2010, et ce, d'ici le 31 mars 2014. Des mesures spécifiques ont été ciblées par le gouvernement en 2010-2011 pour y arriver. Ces mesures visent la réduction de la taille des effectifs du personnel administratif et d'encadrement et une réduction de 25 % des dépenses de déplacement, de formation et de publicité.

La région a soumis un plan d'action régional pour l'atteinte de ces cibles et le tableau ci-après indique les résultats de l'exercice financier. Globalement, la région a atteint les cibles sur tous les aspects visés par ces mesures et, en ce qui concerne la réduction des effectifs, a dégagé des marges importantes pour les trois prochains exercices. Le déploiement des progiciels administratifs régionaux ayant été réalisé pendant l'exercice de référence (2009-2010), le volume d'heures de travail non récurrent réalisé au cours de cet exercice atténue considérablement l'ampleur de la réduction des effectifs administratifs. Par contre, au niveau des dépenses de déplacement, de formation et de publicité, le défi sera de maintenir ce niveau de dépenses jusqu'au 31 mars 2014, incluant les augmentations de prix causées par l'inflation.

Suivi loi 100	Suivi global des cibles pour l'équilibre budgétaire		Suivi de la réduction des effectifs				Suivi de la diminution des frais administratifs			
	Total des cibles 2010-2014	Total des cibles 2010-2011	Heures 09-10 selon le AS-471	Heures 10-11 selon les établisse-ments	Cible 10-11 (MSSS)	Écart 2009-2010 vs 2010-2011	Dépenses selon le AS-471 2009-2010 et l'infor-mation donnée de l'établisse-ment	Dépenses maximales acceptées 75%	Réel au 31 mars 2011	Écart favorable (défavo-rable)
Domrémy	71 000 $	38 594 $	30 520 h	29 817 h	-140 h	-703 h	84 146 $	63 110 $	58 124 $	4 986 $
InterVal	205 000 $	122 561 $	60 932 h	60 142 h	-375 h	-790 h	237 564 $	178 173 $	170 075 $	8 098 $
CSSS Vallée-de-la-Batiscan	232 000 $	127 077 $	144 301 h	141 474 h	-599 h	-2 827 h	134 037 $	100 528 $	99 226 $	1 302 $
CSSS Haut-St-Maurice	275 000 $	148 304 $	147 561 h	144 756 h	-599 h	-2 805 h	135 579 $	101 685 $	99 397 $	2 288 $
CSSS Maskinongé	295 000 $	98 825 $	147 509 h	139 107 h	-760 h	-8 402 h	126 800 $	95 100 $	90 415 $	4 685 $
CSSS BNY	470 000 $	157 299 $	269 105 h	262 427 h	-1 128 h	-6 678 h	191 050 $	143 288 $	141 861 $	1 427 $
CRDITED MCQ	519 000 $	309 189 $	129 952 h	126 799 h	-932 h	-3 153 h	546 064 $	409 548 $	377 005 $	32 543 $
Centre Jeunesse	651 000 $	264 347 $	202 479 h	193 807 h	-1 178 h	-8 672 h	389 658 $	292 244 $	261 529 $	30 715 $
CSSS Trois-Rivières	726 000 $	407 194 $	481 735 h	479 843 h	-1 752 h	-1 892 h	336 246 $	252 185 $	188 676 $	63 509 $
Agence	753 326 $	146 151 $	136 874 h	134 840 h	-780 h	-2 034 h	452 557 $	339 418 $	306 057 $	33 361 $
CSSS Drummond	895 000 $	552 338 $	515 293 h	507 830 h	-1 928 h	-7 463 h	297 949 $	223 462 $	207 529 $	15 933 $
CSSS Arthabaska-Érable	934 000 $	534 164 $	625 152 h	615 409 h	-2 411 h	-9 743 h	420 518 $	315 389 $	337 929 $	(22 540) $
CSSS Énergie	960 000 $	399 742 $	563 076 h	560 145 h	-2 324 h	-2 931 h	322 873 $	242 155 $	303 804 $	(61 649) $
CHRTR	1 205 000 $	576 366 $	645 871 h	633 962 h	-2 433 h	-11 909 h	285 596 $	214 198 $	218 480 $	(4 282) $
TOTAL	8 191 326 $	3 882 151 $	4 100 360 h	4 030 358 h	-17 339 h	**-70 002 h**	3 960 637 $	2 970 483 $	2 860 107 $	**110 376 $**
				Cibles atteintes					**Cibles atteintes**	

Note : AS-471 = Rapport financier annuel produit par les établissements

Les autorisations d'emprunt accordées aux établissements

Au cours de l'exercice financier 2010-2011, deux établissements de la région ont eu recours à des emprunts temporaires autorisés par l'Agence et le MSSS, tout comme en 2009-2010. Les montants autorisés au 31 mars 2011 figurent dans le tableau ci-après.

Le montant total des autorisations d'emprunts temporaires accordés aux établissements publics au 31 mars 2011 pour les dépenses courantes de fonctionnement représente 3,32 % (3,45 % en 2009-2010) du total des budgets bruts de fonctionnement des établissements publics de la région.

Selon la politique d'emprunt révisée le 20 novembre 2009, il n'y a pas de maximum régional en ce qui a trait aux emprunts reliés aux dépenses courantes de fonctionnement. Ceux-ci sont sous la gestion du MSSS. Quant au maximum régional pour les dépenses en immobilisations, il s'élève à 3 830 000 000 $. La région respecte ce maximum.

Également, un nouvel emprunt, autofinancé par les économies d'énergie, a été autorisé à un établissement par le MSSS, conformément au cadre de gestion des projets autofinancés par les économies d'énergie. L'autorisation émise pour l'établissement est de 3 306 090 $.

Finalement, une nouvelle autorisation d'emprunt pour un projet autofinancé sur une période excédant cinq ans a été émise par le MSSS dans le cadre de la relocalisation d'espaces d'un établissement de notre région. L'autorisation d'emprunt émise est de 3 220 598 $. Cet emprunt ne figure pas au tableau ci-bas puisqu'il est assumé par le service de la dette du MSSS, à même les économies générées par le projet.

Montants totaux pour chacun des types et catégories d'emprunt

	31 mars 2011		31 mars 2010
	Emprunts autorisés	**Emprunts utilisés**	**Emprunts autorisés**
Reliés aux dépenses courantes de fonctionnement			
Équilibre budgétaire	32 815 000 $	15 815 000 $	28 806 000 $
Traitement différé	185 000 $	185 000 $	194 000 $
	33 000 000 $	**16 000 000 $**	**29 000 000 $**
Reliés aux dépenses en immobilisations			
Projets autofinancés (autorisations régionales)	1 571 714 $	1 205 458 $	1 709 699 $
Reliés aux projets d'économies d'énergie			
Projets autofinancés par les économies d'énergie (projets autorisés par le MSSS) en cours d'implantation	14 934 656 $	5 998 866 $	11 628 566 $
	16 506 370 $	**7 204 324 $**	**13 338 265 $**

Les données financières des établissements

	2010-2011		2009-2010	
	Financement de l'Agence	**Résultats**	**Financement de l'Agence**	**Résultats**
CSSS				
du Haut-Saint-Maurice	28 144 322 $	56 186 $	27 827 078 $	344 514 $
de la Vallée-de-la-Batiscan	23 551 975 $	591 661 $	22 660 107 $	769 791 $
de l'Énergie	135 161 116 $	32 638 $	132 327 285 $	701 142 $
de Maskinongé	26 791 717 $	152 247 $	26 453 955 $	(361 151 $)
de Trois-Rivières	92 523 287 $	76 326 $	90 313 688 $	319 674 $
De Bécancour–Nicolet-Yamaska	49 935 768 $	13 314 $	48 799 014 $	12 528 $
Drummond	122 972 759 $	0 $	112 617 091 $	(388 178 $)
d'Arthabaska-et-de-l'Érable	123 474 539 $	178 590 $	119 402 871 $	(171 060 $)
	602 555 483 $	**1 100 962 $**	**580 401 089 $**	**1 227 260 $**
Centre hospitalier				
CH régional de Trois-Rivières	**171 285 107 $**	**100 450 $**	**166 881 915 $**	**980 592 $**
Centres de réadaptation et CJ				
Centre jeunesse MCQ	56 876 579 $	1 714 $	56 143 874 $	(1 714 $)
Domrémy MCQ	7 968 608 $	5 735 $	6 591 105 $	25 594 $
CR InterVal	18 326 329 $	35 804 $	17 850 951 $	1 090 438 $
CRDITED MCQ	56 502 430 $	77 298 $	55 867 922 $	301 521 $
	139 673 946 $	**120 551 $**	**136 453 852 $**	**1 415 839 $**
Privés conventionnés				
Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc.	1 822 891 $	0 $	1 801 438 $	0 $
Vigi Santé ltée (CHSLD Vigi Les Chutes)	4 760 624 $	0 $	4 793 151 $	0 $
	6 583 515 $	**0 $**	**6 594 589 $**	**0 $**
Cible déficitaire		(2 646 206 $)		(3 528 275 $)
	920 098 051 $	**(1 324 243 $)**	**890 331 445 $**	**95 416 $**

CHAPITRE 21

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

Le rapport de la direction

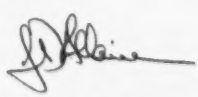
Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables canadiennes pour le secteur public et les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère comme nécessaire en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Dessureault Leblanc Lefebvre, comptables agréés S.E.N.C.R.L. a procédé à l'audit des états financiers de l'Agence, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, et son rapport de l'auditeur expose l'étendue et la nature de cet audit et l'expression de son opinion. La firme Dessureault Leblanc Lefebvre, comptables agréés S.E.N.C.R.L. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Jean-Denis Allaire
Président-directeur général

Danielle Couture
Directrice des services
administratifs et de la qualité

Le rapport des vérificateurs sur les états financiers condensés

Aux membres du conseil d'administration de
L'Agence de santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Trois-Rivières (Québec)

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent le bilan du fonds d'exploitation ainsi que les états des résultats et de solde de fonds du fonds d'exploitation et des fonds affectés, des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations pour l'exercice clos à cette date, sont tirés des états financiers audités de **l'Agence de santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec** (ci-après "l'agence") pour l'exercice clos le **31 mars 2011**. Ils comprennent aussi des renseignements complémentaires sur l'état d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2010-2011 et les notes aux états financiers pour ce même exercice. Nous avons exprimé une opinion modifiée sur ces états financiers dans notre rapport daté du 8 juin 2011 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'évènements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les normes comptables canadiennes du secteur public. La lecture des états financiers utilisés pour la préparation des états financiers résumés ne saurait, par conséquent, se substituer à la lecture des états financiers audités de l'agence.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés
La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Responsabilité de l'auditeur
Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre, conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, "Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés".

Opinion
À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'agence pour l'exercice clos le **31 mars 2011** constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux normes comptables canadiennes du secteur public.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 8 juin 2011. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que l'agence a dérogé aux normes comptables canadiennes pour le secteur public pour les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire ainsi qu'aux indemnités de départ à verser aux hors-cadres admissibles au terme de leur engagement. Notre opinion avec réserve indique, à l'exception des incidences des problèmes décrits, que ces états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de **l'Agence de santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec** au **31 mars 2011**, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Desrosiers Lefebvre CA

COMPTABLES AGRÉÉS[1]

Trois-Rivières, le 8 juin 2011

[1] Par : Claude Lacombe, CA auditeur

RÉSULTATS

		Activités principales		Activités accessoires	
PRODUITS		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
Subventions MSSS :					
Budget signifié	01	11 131 802	11 207 479	81 000	80 536
(Diminution) ou augmentation du financement (préciser)	02		28 462		
Variation des revenus reportés - MSSS	03	(16 724)	(9 348)		10 668
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	04	7 625	(4 929)	851	(851)
Total (L.01 à L.04)	05	11 122 703	11 221 664	81 851	90 353
Revenus de placements	06	20 692	11 345		
Revenus commerciaux	07	xxxx	xxxx		
Revenus d'autres sources:					
Recouvrements	08	922 399	611 862		
Ventes de services	09				
Subventions du gouvernement fédéral	10	22 613	21 833		
Autres subventions (préciser) Page 292-1	11	149 571	205 423	65 000	65 000
Autres revenus (préciser) Page 292-1	12	71 267	79 206		
Total des produits (L.05 à L.12)	13	12 309 245	12 151 333	146 851	155 353
CHARGES D'EXPLOITATION					
Salaires	14	6 953 688	7 194 356	54 322	53 177
Avantages sociaux	15	2 057 950	1 698 312	13 237	11 069
Charges sociales (C.1: P291, précision 5; C.3: P291, précision 7)	16	948 084	904 493	6 929	6 284
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses C.A.(act.princ.)	17	158 419	274 917	1 418	2 400
Services achetés (C.1: P.291, précision 6)	18	603 578	690 446		4 158
Communications	19	147 638	177 640	710	145
Loyer	20	743 562	740 879		
Location d'équipement	21	56 815	63 463		
Fournitures de bureau	22	89 816	128 380		
Transferts à des établissements (préciser) Page 292-1	23	32 900	12 822	xxxx	
Créances douteuses	24				
Autres frais (préciser) Page 292-2	25	254 756	314 359	65 000	65 000
Transfert de frais généraux (préciser) Page 292-2	26	(217 760)	(183 742)		
Charges extraordinaires	27	xxxx	xxxx		3 305
Total charges d'exploitation et non réparties (L.14 à L.27)	28	11 829 446	12 016 325	141 616	145 538
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.13 - L.28)	29	479 799	135 008	5 235	9 815

Renseignement à titre informatif seulement					
Contributions de l'avoir-propre et interfonds :					
En provenance de l'avoir-propre (+) (préciser)	30				
En provenance de fonds affectés (+) (préciser)	31		1 661	xxxx	
En provenance du fonds des activités régionalisées (+) (préciser)	32			xxxx	
En provenance du fonds de stationnement (+) (préciser)	33				
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	34	(12 283)	(117 780)		
Affectées au fonds de stationnement (c/a 8610) (-)	35	xxxx			
Affectées à d'autres fonds (-) (préciser) Page 292-2	36	(3 419)	(1 000)		
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.29 à L.36)	37	464 097	17 889	5 235	9 815

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
PRODUITS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	5 226 294	5 274 970
Variation des revenus reportés - MSSS	02	(121 591)	308 184
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladi de vacances	03	1 305	849
Contributions des établissements	04	46 000	25 000
Revenus de placements	05	11 656	6 250
Revenus d'autres sources:			
Recouvrements	06	400 467	80 516
Ventes de services	07		
Subventions du gouvernement fédéral	08		
Autres revenus	09	161 784	71 916
Total des produits (L.01 à L.09)	10	5 725 915	5 767 684
CHARGES D'EXPLOITATION			
Salaires	11	1 683 851	1 360 720
Avantages sociaux	12	493 907	357 622
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	13	94 099	192 055
Charges sociales - autres	14	142 751	
Frais de déplacement et d'inscription	15	64 048	82 859
Services achetés	16	2 374 261	1 974 946
Communications	17	239 860	503 195
Loyer	18	18 352	3 832
Location d'équipement	19		6 018
Fournitures de bureau	20	22 699	70 277
Créances douteuses	21		
Autres charges	22	535 854	606 605
Transferts de frais généraux	23	217 761	180 436
Total des charges d'exploitation (L.11 à L.23)	24	5 887 443	5 338 565
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.24)	25	(161 528)	429 120

Renseignement à titre informatif seulement			
Contributions de l'avoir-propre et interfonds:			
En provenance de l'avoir-propre (+) (préciser)	26		xxxx
En provenance du fonds d'exploitation (+)	27	3 419	xxxx
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	28		xxxx
En provenance de fonds affectés (+)	29	175 906	xxxx
Affectées au fonds d'exploitation (-)	30		xxxx
Affectées au fonds des activités régionalisées (-)	31		xxxx
Affectées à des fonds affectés (-)	32		xxxx
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	33	(122 632)	xxxx
Autres transferts interfonds	34		xxxx
Excédent (Déficit) après contributions de l'avoir-propre et interfonds (L.25 à L.34)	35	(104 835)	xxxx

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
PRODUITS			
Ministère de la santé et des services sociaux:			
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	730 230	1 595 796
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt	02	3 811 144	3 994 806
Revenus de placements	03		150 786
Gain sur disposition	04	1 059	
Amortissement des revenus reportés:			
Contributions du gouvernement fédéral	05		
Autres contributions et dons (préciser)	06		
Autres revenus (préciser) Page 292-2	07	21 570	619
Total des produits (L.01 à L.07)	08	4 564 003	5 742 007
CHARGES			
Frais d'intérêts:			
Corporation d'hébergement du Québec	09	7 441	25 397
Financement Québec	10	3 722 580	3 994 022
Société d'habitation du Québec	11		
Autres	12	3 092	898
Dépenses non capitalisables financées à même les enveloppes décentralisées	13	364 978	406 925
Amortissement des frais d'émission et escompte sur obligations	14	11 980	83 944
Amortissement - Immobilisations détenues au 31 mars 2008	15	223 800	488 408
Amortissement - Immobilisations acquises à compter du 1er avril 2008	16	353 693	229 000
Perte sur disposition d'immobilisations	17		
Autres charges (préciser) Page 292-2	18	252	108 723
Total des charges (L.09 à L.18)	19	4 687 816	5 337 317
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.08 - L.19)	20	(123 813)	404 690

Renseignement à titre informatif seulement: Contributions			
Contributions en provenance du:			
Fonds d'exploitation-activités principales (+)	21	12 283	117 780
Fonds d'exploitation-activités accessoires complémentaires (+)	22		
Fonds d'exploitation-activités accessoires commerciales (+)	23		
Fonds des activités régionalisées (+)	24	122 632	7 522
De fonds affectés (+)	25	13 396	77 434
Fonds de stationnement (+)	26		
Contributions affectées à d'autres fonds (-) (préciser)	27		
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.20 à L.27)	28	24 498	607 476

Tous les fonds

Exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉE

SOLDES DE FONDS REGROUPÉS

		Fonds d'exploitation 1	Fonds des activités régionalisées 2	Fonds d'immobilisation 3	Fonds affectés et de stationnement 4	Total des fonds (C.1 à C.4) 5
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	633 536	2 574 631		1 867 680	5 075 847
ADDITIONS (DÉDUCTIONS) Excédent des produits sur les charges (des charges sur les produits)	02	485 034	(181 528)	(123 813)	(300 694)	(101 001)
Libération de surplus	03		xxxx	xxxx	xxxx	
Récupération de surplus	04		xxxx	xxxx	xxxx	
Transferts interfonds	05	(15 702)	56 693	148 311	(189 302)	
Autres additions (déductions)	06	1 059		(24 498)		(23 439)
VARIATION DE L'EXERCICE (L.02 à L.06)	07	470 391	(104 835)		(489 996)	(124 440)
Redressements demandés par le MSSS	08					
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.07 + L.08)	09	1 103 927	2 469 796		1 377 684	4 951 407

Le total à ligne 05, colonne 5 doit être égal à zéro

BILAN

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
ACTIF		Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
À court terme		1	2	3	4
Encaisse	01	2 085 411	1 916 385	2 446 921	1 946 119
Placements temporaires	02				
Débiteurs : MSSS (C.1: P.290, précision 3)	03	100 000	38 462	262 764	1 086 791
Établissements publics (préciser) Page 292-3	04	3 634	11 130	385 081	27 919
Fonds d'exploitation	05	xxxx	xxxx		
Fonds des act. régionalisées (C.1 : préciser)	06			xxxx	xxxx
Fonds affectés (C.1 : préciser)	07				
Autres (C.1 : préciser) Page 292-3	08	737 311	429 110	239 462	100 406
Charges payées d'avance	09	25 698	52 584		319
Autres éléments (C.1 : préciser) Page 292-3	10	116 492	71 387	118 571	
Total - Actif à court terme (L. 01 à L.10)	11	3 068 546	2 519 058	3 452 799	3 161 564
À long terme Subvention à recevoir - provision pour vacances et congés c maladie	12	1 003 006	994 530	118 162	116 857
Autres éléments d'actifs (C.1 : préciser) Page 292-3	13	250	250		
TOTAL DE L'ACTIF (L.11 à L.13)	14	4 071 802	3 513 838	3 570 961	3 278 411
PASSIF					
À court terme Découvert de banque	15			115 106	
Emprunts temporaires	16				
Intérêts courus à payer	17				
Créditeurs et charges à payer : MSSS (C.1: P.290, précision 4)	18	200 000			
Établissements publics (préciser) Page 292-3	19	12 632	43 772	68 258	6 714
Fonds d'exploitation	20	xxxx	xxxx		
Fonds des activités régionalisées (C.1: préciser)	21			xxxx	xxxx
Fonds affectés (C.1 : préciser)	22				
Salaires courus à payer	23	753 348	573 498	14 229	18 756
Fonds des services de santé (FSS) à payer	24	21 359			
Autres (C.1 : préciser) Page 292-3	25	631 495	798 113	289 170	427 457
Revenus reportés - Gouvernement fédéral	26				
Autres revenus reportés (C.1 : préciser à la page 289)	27	252 017	422 245	426 420	85 102
Provision pour vacances et congés de maladie	28	1 090 583	1 011 016	187 982	165 752
Autres éléments (C.1 : préciser) Page 292-3	29	6 441	31 658		
Total – Passif à court terme (L.15 à L.29)	30	2 967 875	2 880 302	1 101 165	703 781
Dettes à long terme (C.1 : préciser)	31				
TOTAL DU PASSIF (L.30 + L.31)	32	2 967 875	2 880 302	1 101 165	703 781
SOLDE DE FONDS	33	1 103 927	633 536	2 469 796	2 574 631
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.32 + L.33)	34	4 071 802	3 513 838	3 570 961	3 278 412

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
À court terme			
Encaisse	01	1 363 605	785 560
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux établissements publics	03	25 077 514	27 608 164
Débiteurs MSSS	04	831 886	773 189
Autres éléments (préciser) Page 292-4	05	71 387	70 041
À long terme			
Immobilisations	06	2 153 839	2 322 892
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	07	62 730 294	68 898 695
Frais reportés d'émission et d'escompte sur obligations	08	71 879	
Autres éléments d'actifs (préciser) Page 292-4	09	6 069 015	5 535 528
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.09)	10	98 369 419	105 994 069
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	11		
Emprunts temporaires	12	31 754 140	34 445 314
Intérêts courus à payer : Financement Québec	13	831 886	749 749
Corporation d'hébergement du Québec	14		
Autres	15	94 890	47 063
Salaires courus à payer	16		
Fonds des services de santé (FSS) à payer	17		
Autres éléments (préciser) Page 292-4	18	1 355 888	980 828
À long terme			
Revenus reportés - Gouvernement fédéral	19		
Autres revenus reportés	20		
Provision pour vacances et congés de maladie	21		
Passifs environnementaux	22		
Dettes à long terme	23	64 332 615	69 771 115
TOTAL DU PASSIF (L.11 À L.23)	24	98 369 419	105 994 069
SOLDE DE FONDS	25		
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.24 + L.25)	26	98 369 419	105 994 069

BILAN

ACTIF		Exercice courant	Exercice précédent
À court terme		1	2
Encaisse	01	1 726 623	1 946 241
Placements temporaires	02		
Débiteurs : MSSS	03	1 038 297	1 162 541
MSSS - subvention pour intérêts sur emprunts	04		
Établissements publics	05	62 552	27 000
Fonds d'exploitation	06		
Fonds des activités régionalisées	07		
	08	xxxx	xxxx
Autres	09	102 469	380 667
Charges payées d'avance	10	6 126	41 854
Autres éléments	11		
Total - Actif à court terme (L.01 à L.11)	12	2 936 067	3 558 303
À long terme			
Subvention à recevoir - provision pour vacances et congés de maladie	13	56 461	38 575
Placements à long terme	14		
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 à L.14)	15	2 992 528	3 596 878
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	16	16 664	264 503
Emprunts temporaires	17		
Intérêts courus à payer	18		
Créditeurs et charges à payer : Établissements publics	19	168 272	166 135
Organismes	20		
Fonds d'exploitation	21		
Fonds des activités régionalisées	22		
	23	xxxx	xxxx
Salaires courus à payer	24	6 392	7 234
Fonds des services de santé (FSS) à payer	25		
Autres	26	532 244	570 415
Revenus reportés - MSSS	27	158 000	22 500
Revenus reportés - Gouvernement fédéral	28		
Autres revenus reportés	29		110 029
Provision pour vacances et congés de maladie	30	54 661	70 390
Autres éléments	31	678 611	517 991
TOTAL DU PASSIF (L.16 à L.31)	32	1 614 844	1 729 197
SOLDE DE FONDS	33	1 377 684	1 867 681
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.32 + L.33)	34	2 992 528	3 596 878

Fonds affectés cumulés — Exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉE

RÉSULTATS

		Exercice courant	Exercice précédent
		1	2
PRODUITS			
MSSS	01	35 511 825	31 203 140
Récupération par le Ministère (en déduction)	02		
Crédits régionaux	03	1 200 000	296 807
Variation des revenus reportés - MSSS	04	(135 500)	137 170
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	05	381	292
Revenus de placements	06	35 039	17 114
Revenus d'autres sources:			
Subvention du gouvernement fédéral	07		
Autres subventions	08	190 352	197 229
Autres revenus	09	7 474 139	6 864 235
Total des produits (L.01 à L.09)	10	44 276 236	38 715 987
CHARGES			
Établissements publics	11	3 777 642	284 230
Organismes	12	5 706	17 645
Intérêts sur emprunts	13		
Charges d'exploitation:			
Salaires	14	193 825	232 699
Avantages sociaux	15	39 858	68 642
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	16	10 408	
Charges sociales - Autres	17	14 899	31 031
Frais de déplacement et d'inscription	18	15 427	2 419
Services achetés	19	190 316	155 573
Location d'équipement	20	14 146	9 765
Fournitures de bureau	21	33 075	25 446
Autres charges d'exploitation	22	10 515	9 405
Autres charges	23	40 271 113	37 996 190
Total des charges (L.11 à L.23)	24	44 576 930	38 833 045
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10- L.24)	25	(300 694)	(117 058)

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉE

SOLDES DES FONDS

		Exercice courant	Exercice précédent
		1	2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 867 680	1 968 665
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	(300 694)	(117 057)
Transferts interfonds (provenance):			
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03		
Contributions des activités régionalisées (+)	04		
Contributions de fonds affectés (+)	05		
Transferts interfonds (affectations):			
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06		
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07	(143 862)	
Contributions à d'autres fonds affectés (-)	08		
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09	(13 396)	(77 484)
Transferts interfonds (pages 529, 530 et 531)	10	(32 044)	
Autres additions (déductions)	11		
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	(489 996)	(194 541)
Redressements demandés par le MSSS	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	1 377 684	1 774 124

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS2010-2011

		Montant
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2010-2011 inscrit dans le système SBF-R	01	1 010 895 234
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	02	932 410 871
Allocations aux organismes communautaires	03	32 624 275
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	2 803 948
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R **(L. 02 à L. 04)**	05	967 839 094
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	39 317 009
Autres (préciser) Page 292-5	07	13 800
TOTAL (L.05 à L.07)	08	1 007 169 903
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 - L.08)	09	3 725 331
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics		
- Comptes à payer signifiés (préciser) Page 292-5	10	2 257 188
- Comptes à payer non signifiés	11	
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissement publics		
- Comptes à payer signifiés (préciser) Page 292-6	12	838 052
- Comptes à payer non signifiés	13	173 228
TOTAL des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R **(L.10 à L.13)**	14	3 268 468
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	456 863
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 - L.14 - L.15)	16	

Information additionnelle		
Financement alloué par le MSSS non inscrit au système SBF-R (préciser page 292-6)	17	667 669
Comptes à payer signifiés aux établissements en lien avec la ligne 17 (préciser page 292-7)	18	667 669

NOTE 1 - CONSTITUTION ET OBJETS

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 - RÉSULTATS

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS PRINCIPALES indiqué à la page 200, ligne 29, colonne 1 est traité de la façon suivante :

- Le résultat se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 479 799 $; il est imputé au solde des activités principales et est assujetti à la politique de libération du surplus.
- Le résultat des opérations des ACTIVITÉS ACCESSOIRES indiqué à la page 200, ligne 29, colonne 3 se solde par un excédent des revenus sur les charges de 5 235 $ et est imputé à l'AVOIR PROPRE.

NOTE 3- MODIFICATION DE CONVENTIONS COMPTABLES

Changement de référentiel comptable

En décembre 2010, le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public a modifié la préface des normes comptables pour le secteur public dans le but d'enjoindre aux organismes sans but lucratif du secteur public, de se conformer soit au *Manuel de comptabilité de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) pour le secteur public* avec les chapitres SP 4200 à SP 4270, soit au *Manuel de comptabilité de l'ICCA pour le secteur public* (Manuel du secteur public) sans ces chapitres, et ce, à compter des exercices ouverts le 1er janvier 2012.

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Agence a adopté par anticipation les normes du Manuel du secteur public sans les chapitres SP 4200 à SP 4270 (normes comptables s'appliquant uniquement aux organismes sans but lucratif du secteur public) pour le rapport financier annuel du 31 mars 2011.

De plus, le rapport financier annuel préparé par la direction de l'Agence est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de la norme suivante :

- Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire ainsi qu'aux indemnités de départ à verser aux hors cadres admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ni au bilan regroupé, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Au 31 mars 2010, le rapport financier annuel avait été établi conformément aux conventions comptables énoncées au Manuel de gestion financière (MGF) publié par le MSSS, lesquelles s'appuyaient sur les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Le changement de référentiel comptable n'a eu aucune autre incidence sur les résultats de l'exercice précédent.

NOTE 4- DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

1) Conventions comptables

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

2) Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

NOTE 4 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

3) Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

4) Comptabilité par fonds

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de toutes les agences et présentent donc une importance particulière :

- Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).

- Le fonds d'immobilisations regroupe les opérations relatives aux immobilisations appartenant à l'Agence aux dettes à court et à long terme, à leur égard et à tout autre mode de financement s'y rattachant. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles (voir la circulaire codifiée 03.02 30.01), sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.

- Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.

- Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

- Le Fonds de santé au travail regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

- L'Agence peut aussi, si certaines conditions sont réunies, se doter d'un fonds de stationnement pour y transférer les revenus nets de stationnement. Les conditions préalables à la création du fonds de stationnement et les utilisations possibles des montants qui y sont accumulés sont prévues dans la circulaire 03.01.10.12.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de fonds à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés.

Dans le cas du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

NOTE 4 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

5) Classification des activités

La classification des activités du fonds d'exploitation de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses pouvoirs. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales
  Les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

- Activités accessoires
  Les activités accessoires comprennent les fonctions que l'Agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

Ces activités se subdivisent en activités complémentaires et de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

6) Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des dépenses, les dépenses engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

7) Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile :

Catégories	Durée :
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max 10 ans)
Équipement informatique	3 ans
Équipement médical	12 ans
Mobilier et équipement de bureau	5 ans
Autres équipements	5 à 15 ans

8) Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

NOTE 4 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

9) Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère.

Les ajustements des revenus et des charges de chacun des fonds s'appliquant aux exercices antérieurs sont comptabilisés à l'état des résultats du fonds correspondant.

Toutefois, seuls les redressements relatifs à une modification de convention comptable ou à la correction d'une erreur significative (montant supérieur au seuil de signification par l'auditeur indépendant de l'Agence pour les fins de ses travaux d'audit des états financiers) dans les états financiers d'exercices antérieurs doivent être portés au solde du fonds. Les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont pas redressés.

Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

10) Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu des opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

Les sommes dont le budget de fonctionnement en provenance d'une entité faisant partie du périmètre comptable du gouvernement, MSSS, etc. sont constatées et comptabilisées aux revenus de l'année financière au cours de laquelle surviennent les faits qui leur donnent lieu, dans la mesure où ils sont autorisés, où les critères d'admissibilité sont rencontrés (s'il en est) et où une estimation raisonnable des montants en cause est possible.

Les sommes reçues ou à recevoir concernant des revenus qui seront gagnés dans une année ultérieure peuvent faire l'objet d'un revenu reporté dans le cas où les sommes doivent être affectées à des fins prescrites et que les dépenses seront assumées dans le futur.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites de l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

11) Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

NOTE 4 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

12) Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds d'immobilisations. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, on comptabilisera aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations, l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

13) Analyses financières

L'Agence n'a pas reçu l'analyse financière de l'exercice 2009-2010.

NOTE 5 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars 2011, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 35 000 000 $ au taux des acceptations bancaires plus 0,30 %, lequel est de 1,5010 % à la date du bilan. Cette marge de crédit est garantie par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le solde emprunté au 31 mars 2011 est de 25 382 451 $. La convention de crédit est renégociable le 31 mars 2013.

Au 31 mars 2011, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 6 428 000 $ au taux des acceptations bancaires plus 0,30 %, lequel est de 1,5010 % en date du bilan. Cette marge de crédit est garantie par le ministère de la Santé et des Services Sociaux et le solde emprunté au 31 mars 2011 est de 5 843 944 $ plus les intérêts capitalisés d'un montant total de 137 153 $. La convention de crédit est renégociable le 30 juin 2011. Cet emprunt est relié à la réalisation des travaux de réaménagement de deux étages de l'aile A du Pavillon Saint-Joseph et sert également à assurer la continuité des services pour les frais supplémentaires encourus par le CSSS de Trois-Rivières afin de relocaliser la clientèle hébergée au site de Cloutier-du-Rivage.

NOTE 6 - DETTE À LONG TERME

	2011	2010
Corporation d'hébergement Québec :		
Marge de crédit (CHQ) d'un montant autorisé de 89 000 000 $, portant intérêt au taux des acceptations bancaires d'un mois + 0,30 % et venant à échéance le 31 mars 2023. Le taux au 31 mars 2011 est de 1,50143 % (2010: 0,434 %)	- $	68 336 $
Marge de crédit (CHQ), portant intérêt au taux des acceptations bancaires d'un mois + 0,30 % .Le taux préférentiel au 31 mars 2011 est de 1,50143 % (2010: 0,434 %)	390 649	927 744
Financement-Québec :		
Emprunts de 101 380 196 $, remboursables par versements annuels variables de capital, échéant en mars 2023. L'intérêt, variant entre 4,66 % et 9,82 %, est payable semestriellement.	8 813 786	13 396 384
Emprunt de 16 701 600 $, remboursable par versements annuels de capital de 668 064 $ et un versement final de 7 348 704 $, échéant en décembre 2015. L'intérêt au taux de 6,306% est payable semestriellement.	10 020 960	10 689 024
Emprunt de 13 917 356 $, remboursable par versements annuels de capital de 786 849 $ et un versement final de 6 048 863 $, échéant en novembre 2012. L'intérêt au taux de 6,064% est payable semestriellement.	6 835 712	7 622 562
Emprunt de 4 966 274 $, remboursable par versements annuels de capital de 297 740 $ et un versement final de 202 437 $, échéant en avril 2019. L'intérêt au taux de 6,514% est payable semestriellement.	2 584 356	2 882 096
Emprunt de 8 210 269 $, remboursable par versements annuels de capital de 483 603 $ et un versement final de 1 923 429$, échéant en décembre 2015. L'intérêt au taux de 6,118% est payable semestriellement.	3 857 841	4 341 445
Emprunt de 850 696 $, remboursable par versements annuels de capital de 34 028 $ et un versement final de 544 445$, échéant en octobre 2012. L'intérêt au taux de 5,653% est payable semestriellement.	578 473	612 501
Emprunt de 1 180 151 $, remboursable par versements annuels de capital de 168 593 $, échéant en octobre 2010. L'intérêt au taux de 4,753% est payable semestriellement.	-	168 593
Sous-total	**33 081 777 $**	**40 708 685 $**

NOTE 6 - DETTE À LONG TERME (suite)

	2011	2010
Sous-total	**33 081 777 $**	**40 708 685 $**
Emprunt de 9 853 297 $, remboursable par versements annuels de capital de 712 967 $ et un versement final de 5 575 492 $, échéant en décembre 2011. L'intérêt au taux de 4,215% est payable semestriellement.	5 575 492	6 288 459
Emprunt de 742 695 $, remboursable par versements annuels de capital de 29 708 $ et un versement final de 564 448 $, échéant en décembre 2011. L'intérêt au taux de 4,215% est payable semestriellement.	564 448	594 156
Emprunt de 1 127 937 $, remboursable par versements annuels de capital de 45 117 $ et un versement final de 857 232 $, échéant en mars 2014. L'intérêt au taux de 4,408% est payable semestriellement.	947 467	992 584
Emprunt de 2 078 938 $, remboursable par versements annuels de capital de 175 800 $ et un versement final de 1 024 139 $, échéant en mars 2014. L'intérêt au taux de 4,408% est payable semestriellement.	1 375 738	1 551 538
Emprunt de 2 634 549 $, remboursable par versements annuels de capital de 105 382 $ et un versement final de 2 107 639 $, échéant en septembre 2013. L'intérêt au taux de 4,478% est payable semestriellement.	2 318 403	2 423 785
Emprunt de 6 777 363 $, remboursable par versements annuels de capital de 560 903 $ et un versement final de 3 972 847 $, échéant en septembre 2013. L'intérêt au taux de 4,478% est payable semestriellement.	5 094 654	5 655 557
Emprunt de 353 487 $, remboursable par versements annuels de capital de 14 139 $ et un versement final de 282 790 $, échéant en décembre 2014. L'intérêt au taux de 3,222% est payable semestriellement.	325 208	339 348
Emprunt de 12 213 084,85 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêt au taux de 3,544%, remboursable par annuités de 1 331 665 $ et un versement final de 4 297 924 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2016.	10 881 419	12 213 085
Emprunt de 801 060,10 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêt au taux de 3,835 %, remboursable par annuités de 32 042,40 $ et un versement final de 640 848,10 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2016.	801 060	-
Emprunt de 3 098 527,24 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêt au taux de 3,835 %, remboursable par annuité de 221 323 ,37 $ et un versement final de 1 991 0,39 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2016.	3 098 527	-
	64 064 193 $	70 767 197 $

NOTE 6 - DETTE À LONG TERME (suite)

	2011	2010
Sous-total	64 064 193	70 790 635
Emprunt de 659 070.59 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêt au taux de 2,82%, remboursable par annuité de 26 362,82 $ et un versement final de 527 256,49 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en juin 2016.	659 071	-
Total	**64 723 264 $**	**70 790 635 $**

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement Québec.

Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2011-2012	6794920 $
2012-2013	6 146 070
2013-2014	5 428 881
2014-2015	4 669 258
2015-2016	3 403 156
	19 647 365 $

NOTE 7 - RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas l'information suffisante pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Au 1er janvier 2011, le taux de cotisation pour le RREGOP est de 8,69 % de la masse salariale cotisable et celui du RRPE de 11,54 %.

NOTE 8 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéant à diverses dates jusqu'au 31 janvier 2016 pour des locaux administratifs et des biens loués.

La dépense de location de l'exercice terminé le 31 mars 2011 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 823 967 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2012	786773 $
2013	500 652
2014	94 159
2015	39 478
2016 et subséquents	28 808
	663 097 $

Dans le fonds affecté des médecins en régions éloignées, l'Agence s'est engagée par contrat à verser des primes d'installation et de maintien à des médecins pour les inciter à venir exercer leur pratique dans la région du Haut St-Maurice. Compte tenu que certains médecins peuvent recevoir des primes de maintien tout au long de leur pratique et que la durée de cette dernière ne peut être estimée, le montant de cet engagement est estimé en fonction des informations disponibles à la date de ces états financiers. Les versements estimés prévus au cours des quatres prochains exercices sont les suivants :

2011-2012	100000 $
2012-2013	90 000
2013-2014	60 000
2014-2015	10 000
	160 000 $

NOTE 9 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 10 - ÉVENTUALITÉS

L'Agence fait présentement l'objet d'une réclamation judiciaire pour un montant qui totalise 3 280 183 $. L'Agence croit au bien-fondé de sa défense et continue à faire valoir ses droits devant les tribunaux. De l'avis de la direction, il est présentement impossible d'évaluer le dénouement du litige et le montant, le cas échéant, qu'elle pourrait être appelée à verser. Conséquemment, aucune provision ne figure aux états financiers. Toutefois, l'Agence, par l'entremise des crédits régionaux, devrait assumer cette somme.

NOTE 11 - DONNÉES COMPARATIVES

Partout où cela était nécessaire, les données comparatives pour l'exercice précédent ont été reclassées en fonction de la présentation adoptée pour le présent exercice.

NOTE 12 - ÉTAT DE LA VARIATION DE LA DETTE NETTE

L'état de la variation de la dette nette n'est pas présenté dans les états financiers. Toutefois, l'information sur la dette nette est disponible à la lecture des autres états financiers et des informations explicatives.

CHAPITRE 22

LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ À LA FIN DE LA TREIZIÈME PÉRIODE FINANCIÈRE 2010-2011

AXES	• **Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau** • **Rétention et mieux-être au travail**
Objectifs de résultats 2010-2015	• Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité • Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique • Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées

INDICATEURS		*Résultats[1] 2009-2010*	*Cibles 2010-2011*	*Résultats[2] 2010-2011*
3.1	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,26 %	5,23 %	5,73 %
3.5.1	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	Nouveau	5,08 %	5,52 %
3.5.2	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel du réseau	Nouveau	3,16 %	3,39 %
3.6.1	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	Nouveau	1,01 %	0,73 %
3.6.2	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	Nouveau	0,49 %	0,29 %
3.6.3	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	Nouveau	0,16 %	0,09 %

COMMENTAIRES

Ratio d'assurance salaire

Un grand nombre de facteurs influencent l'assurance salaire, dont les variables démographiques (sexe, âge, statut, secteur d'emploi), le contexte social et économique, la rareté d'effectifs pour certains types d'emploi, l'accessibilité médicale, etc. Malgré une gestion rigoureuse, l'augmentation enregistrée en 2010-2011 demeure multifactorielle (lourdeur des cas, nombre de cas, pénurie de main-d'œuvre, disponibilité des médecins, etc.). Toutefois, au terme de l'année, il est possible de constater que le ratio d'assurance salaire est atteint à plus de 90 %. Ainsi, sept établissements sur treize ont atteint ou ont un écart de moins de 10 % avec la cible fixée.

Heures supplémentaires et main-d'œuvre indépendante

Devant l'important défi des établissements et de leur service de ressources humaines à répondre adéquatement à la demande d'effectifs tout en maintenant la performance requise, l'utilisation du temps supplémentaire et de la main-d'œuvre indépendante constituent des mesures de dernier recours. Ainsi, dans la majorité des cas, cette mesure est utilisée afin d'éviter des ruptures de services.

Les résultats 2010-2011 montrent l'atteinte des trois engagements reliés au pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante. De façon générale, les établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec utilisent très peu la main-d'œuvre indépendante.

Toutefois, au niveau des heures supplémentaires effectuées, il existe un écart de moins de 10 % avec les engagements fixés, et ce, malgré un contexte de rareté de main-d'œuvre où plusieurs titres d'emploi sont requis d'effectuer du temps supplémentaire. Il s'agit d'un bon indicateur pour révéler les problèmes de rareté de main-d'œuvre.

Dans le cadre d'une stratégie globale et intégrée du plan régional de la main-d'œuvre, un suivi constant et rigoureux est effectué par l'Agence et les établissements. Une approche de soutien envers les établissements est préconisée par l'Agence, et ce, tant pour la stratégie visant à relever le défi relié à la main-d'œuvre qu'à l'atteinte de l'objectif visant à réduire le recours aux agences privées. Malgré une situation très fragile, les correctifs mis en place devraient produire les effets escomptés au cours des prochaines années.

---

[1] Résultats de la période financière 13 en date du 27 mai 2010 provenant de CIFINO (indicateur 3.1)
[2] Résultats de la période financière 12 en date du 13 mai 2011 provenant de T-BIG-Web

AXE	Santé publique		
Objectifs de résultats 2010-2015	Implanter l'approche « École en santé » dans les écoles, et ce, en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté		
INDICATEURS	***Résultats[3] 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats[4] 2010-2011***
1.1.13 Proportion d'écoles qui implantent l'approche « École en santé »	6%	61 %	32 %

COMMENTAIRES

Au cours des dernières années, la proportion d'écoles qui implantent l'approche « École en santé » provenait d'une compilation manuelle effectuée par les établissements. En 2009-2010, une compilation standardisée en fonction du cadre normatif I-CLSC a été émise par le Ministère. Cependant, cette procédure n'a pas encore été totalement réalisée en Mauricie et au Centre-du-Québec. Le résultat présenté pour 2010-2011 ne correspond pas à la réalité puisqu'il provient du système I-CLSC. Par contre, une collecte d'information manuelle effectuée auprès des établissements révèle qu'à la fin de l'année, 64 % des écoles appliquaient l'approche « École en santé » comparativement à 54 % pour 2009-2010. Il est ainsi possible de constater que la cible fixée est atteinte.

Six des huit CSSS de la région dépassent largement la moyenne nationale qui se situait à 35 % en 2008-2009, tandis que les résultats de deux autres territoires se situent sous cette moyenne. Des actions auprès de ces deux établissements ont été effectuées au cours de l'exercice afin de les supporter vers une meilleure performance.

Le principal enjeu demeure l'arrimage entre le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux. En effet, la responsabilité d'adhésion à l'approche « École en santé » relève de chaque école. Pour ce faire, chaque commission scolaire doit préalablement désigner un accompagnateur qui travaille tout au long du processus en collaboration avec son vis-à-vis des CSSS.

---

[3] Résultats en date du 2 mai 2010
[4] Résultats en date du 13 mai 2011

AXE	Soutien à domicile – déficience physique		
Objectifs de résultats 2010-2015	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes en augmentant l'intensité des services		
INDICATEURS	***Résultats[5] 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats[6] 2010-2011***
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	17,7	19,8	18,0

COMMENTAIRES

Au cours de l'année 2010-2011, le nombre moyen d'interventions en soutien à domicile a légèrement progressé comparativement à l'année précédente passant de 17,7 à 18,0. Toutefois, il est important de noter que des moyens de pression ont été exercés dans le cadre de la dernière ronde de négociations par un des syndicats des infirmières dans trois CSSS de la région, de sorte que les statistiques n'ont pas été systématiquement inscrites dans les systèmes d'information entre juin et novembre 2010. Ainsi, la donnée présentée demeure incomplète et la comparaison avec celle de 2009-2010 est limitée.

Il est toutefois possible de mentionner que cette augmentation était attendue, compte tenu de la cible établie pour 2010-2011 et des ressources additionnelles consenties aux CSSS dans le but d'augmenter l'intensité.

Finalement, il est important de souligner que ces résultats ne tiennent pas compte des services d'aide à domicile offerts par les entreprises d'économie sociale et d'aide domestique, ni par l'intermédiaire du chèque emploi-service ou des services de gré à gré. Ces modes de prestation de services à domicile sont particulièrement utilisés par cette clientèle. Ainsi, une estimation régionale de l'ensemble de ces fournisseurs porte à 71 le nombre moyen d'interventions à domicile que reçoit annuellement une personne ayant une déficience physique en Mauricie et au Centre-du-Québec.

[5] Résultats en date du 11 mai 2010
[6] Résultats en date du 13 mai 2011

AXE	Urgences		
Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière		
INDICATEURS	***Résultats[7] 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats[8] 2010-2011***
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	16,2	11,0	17,0
1.9.1 Séjour moyen sur civière	14,3	11,0	14,5
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	19,0	11,0	19,0
1.9.3 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	4,2 %	2,0 %	4,0 %
1.9.4 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	8,7 %	3,5 %	7,9 %

COMMENTAIRES

La cible fixée dans le cadre de l'entente de gestion et d'imputabilité entre l'Agence et le Ministère pour l'exercice 2010-2011 pour les indicateurs 1.8.7, 1.9.1 et 1.9.2 était d'atteindre une durée moyenne de séjour de moins de 11 heures. Pour les indicateurs 1.9.3 et 1.9.4, les cibles de 2009-2010 ont été reconduites par le Ministère en 2010-2011.

Bien que les cibles fixées n'aient pas été atteintes en 2010-2011, il est possible de constater que malgré l'augmentation des visites à l'urgence, la durée moyenne de séjour pour l'ensemble de la clientèle est restée sensiblement au même niveau que celle enregistrée en 2009-2010. Cependant, on note une détérioration de la durée moyenne de séjour pour la clientèle en santé mentale, dû principalement à un établissement de la région qui éprouve des difficultés à ce niveau. La situation est prise au sérieux par celui-ci et des démarches sont actuellement entreprises pour atteindre de meilleurs résultats permettant d'atteindre la cible identifiée et ainsi diminuer les séjours sur civière.

Malgré que l'achalandage dans les principales salles d'urgence de la Mauricie et du Centre-du-Québec augmente d'année en année, les résultats obtenus en 2010-2011 sont intéressants. En effet, entre 2009-2010 et 2010-2011, on enregistre une augmentation de 3 % au chapitre des visites à l'urgence. On note aussi des augmentations de 5 % des patients sur civière et de 9 % pour la clientèle de 75 ans et plus. Le nombre d'arrivées en ambulance dans les salles d'urgence de la Mauricie et du Centre-du-Québec a pour sa part augmenté de 7 % au cours de la dernière année et de 12 % pour la clientèle de 75 ans et plus. Malgré cette hausse, les résultats régionaux atteints en 2010-2011 s'avèrent encourageants, compte tenu de leur diminution par rapport à ceux de l'année précédente.

De façon générale, un établissement de la Mauricie et du Centre-du-Québec rencontre des obstacles importants au niveau des séjours moyens à l'urgence ainsi que du nombre de séjours de 48 heures et plus. Plusieurs mesures ont été mises en place par cet établissement et ses partenaires au cours des derniers mois, notamment :

- L'ouverture de l'unité de décision clinique (UDC) de 12 lits en septembre 2010 permettant, entre autres, d'optimiser l'utilisation des lits d'hospitalisation grâce à la diminution du nombre d'admissions nécessitant un court séjour;
- La mise en place en mai 2010 d'un mécanisme de prise en charge des patients orphelins à l'urgence par les médecins omnipraticiens et les spécialistes de l'établissement dans le but de libérer les médecins de l'urgence et accroître le nombre de patients vus;
- L'accréditation en mai 2010 de 2 nouveaux GMF à Trois-Rivières, améliorant la prise en charge des clientèles vulnérables et orphelines.

Un autre facteur pourrait expliquer la non-atteinte des engagements dans la sous-région de Trois-Rivières, soit la faible accessibilité à un médecin de famille. Bien que le taux d'atteinte des PREM en omnipratique soit en progression depuis 5 ans, il est tout de même parmi les plus bas au Québec. Cependant, le recrutement effectué en omnipratique au cours des dernières années a permis de contenir le manque d'effectifs médicaux en première ligne et de voir une amélioration de la prise en charge médicale, notamment pour cette clientèle vulnérable.

---

[7] Résultats en date du 14 mai 2010
[8] Résultats en date du 13 mai 2011

AXE	Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance		
Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire		
INDICATEURS	***Résultats[9] 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats[10] 2010-2011***
1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	4 439	4 977	4 838

COMMENTAIRES

Nombre d'usagers de moins de 18 ans : 1 218

Nombre d'usagers de 18 ans et plus : 3 620

Le pourcentage d'atteinte de la cible au 31 mars 2011 se situe à 97 %. De plus, on remarque une augmentation de 399 usagers, soit 9 % par rapport à 2009-2010. Plus particulièrement, le nombre de jeunes rejoints a augmenté de 71, soit 6 %, tandis que le nombre d'adultes de 328, soit 10 %. La consolidation des services spécifiques, particulièrement par la mise en place des guichets d'accès et par l'ajout de ressources humaines au cours des dernières années, a permis d'augmenter le nombre d'usagers rejoints en première ligne.

Il demeure cependant un enjeu au niveau des ressources humaines, plus particulièrement quant à la disponibilité des effectifs médicaux. Des efforts sont déployés par les CSSS afin de résoudre les difficultés de rétention et de recrutement du personnel.

Il faut noter que les activités de groupe ne sont pas comptabilisées dans ces résultats. À titre indicatif, 34 groupes ont été formés en 2010-2011 pour un total de 259 rencontres qui ont permis de rejoindre en moyenne 6 usagers par rencontre.

[9] Résultats en date du 2 mai 2010
[10] Résultats en date du 13 mai 2011

AXE	Soins palliatifs		
Objectifs de résultats 2010-2015	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services		
INDICATEURS	***Résultats[11] 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats[12] 2010-2011***
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	51 % 1 628 personnes	60 % 1 927 personnes	50 % 1 617 personnes

COMMENTAIRES

Au cours de l'année 2010-2011, des moyens de pression ont été exercés lors de la dernière ronde de négociations par un des syndicats des infirmières dans trois CSSS de la région. En effet, les statistiques n'ont pas été systématiquement inscrites dans les systèmes d'information entre juin et novembre 2010. Ainsi, la donnée présentée est incomplète et difficilement comparable à celle de 2009-2010. Toutefois, étant donné l'écart avec la cible fixée, il est réaliste de croire que celle-ci n'aurait pas été atteinte.

De plus, il est difficile de comparer la performance régionale à celle de l'ensemble du Québec puisque les moyens de pression ont aussi affecté les statistiques des autres régions. Cependant, en 2009-2010, la performance régionale se situait au-dessus de la moyenne nationale de 44 %.

Par ailleurs, en plus des raisons évoquées précédemment, il est possible que le nombre d'usagers en soins palliatifs soit sous-estimé. En effet, dans le cas où les usagers sont déjà suivis au soutien à domicile, lorsque ceux-ci reçoivent des soins palliatifs à domicile, le code d'intervention peut continuer d'être inscrit dans un autre profil. De plus, les usagers qui reçoivent des soins palliatifs pour des maladies autres que le cancer ne sont pas nécessairement inscrits dans ce profil.

Les travaux du comité régional de soins palliatifs se sont poursuivis tout au cours de l'année; la consolidation de la coordination administrative des soins palliatifs au sein de chaque territoire a été le principal chantier de travail.

Il est important de noter que cette clientèle est priorisée par les services à domicile et aucune personne n'est en attente de services en Mauricie et au Centre-du-Québec.

---

[11] Résultats en date du 2 mai 2010
[12] Résultats en date du 13 mai 2011

AXE	Médecine et chirurgie		
Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois		
INDICATEURS	***Résultats[13] 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats[14] 2010-2011***
1.9.20.1 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	87 %	90 %	79,8 %
1.9.20.2 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	82 %	90 %	79,6 %
1.9.20.3 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	97 %	90 %	95,5 %
1.9.20.4 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie d'un jour	Nouveau	90 %	98,9 %
1.9.20.5 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	Nouveau	90 %	99,7 %
COMMENTAIRES			

Chirurgies ciblées (arthroplasties de la hanche, arthroplasties du genou et chirurgies de la cataracte)

Les résultats pour l'année 2010-2011 démontrent l'atteinte des cibles pour le pourcentage de patients traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte, tandis qu'au niveau des chirurgies orthopédiques, les cibles fixées n'ont pas été atteintes. Cette non-atteinte est reliée à une problématique localisée dans un établissement de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Les deux autres établissements concernés par ces indicateurs présentent des résultats de plus de 97 %.

Au cours de l'année, l'établissement en cause a procédé à l'ouverture de deux nouvelles salles d'opération en ophtalmologie, permettant ainsi d'augmenter les priorités accordées en orthopédie dans les salles actuelles. Les résultats démontrent, au cours des dernières périodes, une nette amélioration de la production et des délais d'attente. Au 31 mars 2011, il n'y avait plus que 18 cas en attente au-delà de six mois.

Chirurgies d'un jour et chirurgies avec hospitalisation

Pour les chirurgies d'un jour et les chirurgies avec hospitalisation, les cibles d'accessibilité établies dans le cadre des ententes de gestion visaient à ce que 90 % des patients soient opérés à l'intérieur de 12 mois. Toutefois, des cibles différenciées ont été signifiées par le Ministère pour trois CSSS de la région. En effet, 90 % de ces chirurgies devraient être réalisées à l'intérieur d'un délai de six mois pour le CSSS du Haut-Saint-Maurice et de neuf mois pour les CSSS de l'Énergie et d'Arthabaska-et-de-l'Érable. Au terme de l'année 2010-2011, il est possible de constater que :

- Plus de 95 % des patients sont traités à l'intérieur de 12 mois au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières et au CSSS Drummond;
- Plus de 98 % des patients sont traités à l'intérieur de 9 mois au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et au CSSS de l'Énergie;
- Plus de 99 % des patients sont traités à l'intérieur de 6 mois au CSSS du Haut-Saint-Maurice.

Étant donné la diminution du nombre de cas en attente, aucune zone franche n'était requise.

---

[13] Résultats en date du 14 mai 2010

[14] Résultats en date du 5 mai 2011 provenant de T-BIG-Web : Indicateurs 1.9.20 à 1.9.22 (délai de 6 mois) et indicateurs 1.9.23 et 1.9.24 (délai de 12 mois)

AXE	Services sociaux et de réadaptation		
Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : • pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours • pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR • pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an		
INDICATEURS	***Résultats 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats[15] 2010-2011***
Pourcentage de demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique			
En CSSS			
1.45.4.2 Priorité urgente	Nouveau	90 %	29,5 %
1.45.4.3 Priorité élevée	Nouveau	90 %	74,2 %
En CRDP			
1.45.4.6 Priorité urgente	Nouveau	90 %	Aucune
1.45.4.7 Priorité élevée	Nouveau	90 %	95,4 %
Pourcentage de demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED			
En CSSS			
1.45.5.2 Priorité urgente	Nouveau	90 %	37,5 %
1.45.5.3 Priorité élevée	Nouveau	90 %	44,2 %
En CRDI			
1.45.5.6 Priorité urgente	Nouveau	90 %	Aucune
1.45.5.7 Priorité élevée	Nouveau	90 %	41,1 %
COMMENTAIRES			

Contrairement aux résultats présentés ci-haut, les gestionnaires d'accès des CSSS estiment répondre aux nouvelles demandes selon les délais déterminés par les standards d'accès dans plus de 85 % des situations, et ce, tant au programme déficience physique qu'au programme déficience intellectuelle et TED. Les écarts entre les données fournies par le système d'information et la réalité observée sur le terrain sont principalement attribuables aux éléments suivants :

- Un système d'information perfectible qui, dans certaines situations, ne permet pas de suspendre l'attente même si les services ont débuté;
- Une inscription des demandes à améliorer. Lorsqu'une demande n'est pas inscrite correctement, cela affecte le calcul du délai d'attente. Ainsi, il arrive que le calcul de l'attente ne s'arrête pas, même si la personne a reçu le service dans le délai prescrit.

Pour les services spécialisés en déficience intellectuelle et TED, le taux de respect estimé se situe entre 80 % et 90 %, soit près de la cible ministérielle. L'écart entre cette estimation et les données du système est attribuable à l'implantation du *Système d'information pour les personnes ayant une déficience* (SIPAD) au cours de la dernière année. En effet, des ajustements sont en cours avec la collaboration du Ministère, notamment pour modifier l'inscription des demandes reçues dans le cadre de la trajectoire d'évaluation-diagnostic TED, lesquelles ne sont pas soumises aux standards du plan d'accès. Les taux de respect pour les services spécialisés en déficience physique se situent au-dessus de la cible fixée.

Par ailleurs, soulignons que pour 2010-2011, le taux de respect des délais d'accès était fixé à 75 % pour les personnes de plus de 6 ans dont la demande était de niveau de priorité élevée, puisqu'il s'agissait de la première année d'application de ce standard. Cependant, les données disponibles ne permettent plus d'obtenir une ventilation par groupe d'âge.

Enfin, le respect des standards représente un défi, particulièrement pour les services en ergothérapie ou encore lorsqu'il y a du mouvement de personnel (congé, départ, etc.).

---

[15] Résultats en date du 13 mai 2011

AXE	Services sociaux et de réadaptation		
Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins		
INDICATEURS	***Résultats 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats[16] 2010-2011***
1.7.4 Pourcentage de personnes évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	Nouveau	Aucune spécifique	85 %
COMMENTAIRES			

Aucune cible n'était fixée dans le cadre de l'entente de gestion entre le Ministère et l'Agence pour 2010-2011. Toutefois, la Planification stratégique ministérielle 2010-2015 fixe la cible à 80 % en 2015.

Il est alors possible de constater que le résultat 2010-2011 dépasse la cible fixée en 2015.

[16] Résultats en date du 30 mai 2011 (collecte d'information auprès du centre de réadaptation)

AXE	Urgences		
Objectifs de résultats 2010-2015	Améliorer l'accessibilité de services		
INDICATEURS	***Résultats 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats[17] 2010-2011***
4.1.1 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post-hospitaliers et occupant des lits de courte durée	Nouveau	< 3	3,1
4.1.2 Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée	Nouveau	< 3	0,4
4.1.3 Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée	Nouveau	< 3	0,2
4.1.4 Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée	Nouveau	< 3	3,3
4.1.5 Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	Nouveau	< 3	3,7
4.1.6 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	Nouveau	< 3	0,6
4.1.7 Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement de longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée	Nouveau	< 3	0,6

COMMENTAIRES

Pour chacun des indicateurs, le nombre moyen de patients doit être inférieur à 3. À la lecture des résultats, il est possible de constater que pour quatre des sept indicateurs visés, leurs engagements ont été atteints. Pour les indicateurs reliés au nombre de personnes en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits de soins post-hospitaliers, ceux en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée et ceux en attente de réadaptation, les résultats montrent que la moyenne se situe près de la cible fixée.

En 2010-2011, la réduction du nombre de personnes en fin de soins actifs visait particulièrement le territoire de Trois-Rivières en raison d'une problématique particulière d'accès en hébergement. En effet, en 2009-2010, un nombre moyen de 58 personnes étaient en attente de CHSLD et 67 pour une ressource intermédiaire. En 2010-2011, un nombre moyen de 21 personnes étaient en attente d'une place en CHSLD et 44 pour une ressource intermédiaire. Plusieurs travaux ont été conduits en cours d'année permettant d'améliorer la situation.

L'évolution de la situation des personnes en attente d'hébergement mérite d'être soulignée. Elle s'appuie sur le développement d'une vision commune, basée sur le fait que le domicile est le premier choix à considérer.

[17] Résultats en date du 13 mai 2011

AXE	Urgences

L'hébergement public constitue la ressource de dernier recours. Même s'il s'agit d'un objectif ambitieux, tous les efforts doivent être déployés pour permettre aux personnes âgées de demeurer dans la communauté.

Plusieurs facteurs ont contribué à l'atteinte de ces résultats tels :

- La révision des pratiques afin d'accéder à l'hébergement en évitant la courte durée;
- Un rehaussement de l'offre de service à domicile pour maintenir la personne âgée vulnérable dans son milieu;
- Une collaboration des partenaires pour maintenir les personnes âgées à domicile, incluant les résidences privées pour personnes âgées, en leur offrant le soutien requis;
- Un meilleur soutien aux proches aidants et la possibilité d'un accès plus rapide dans le réseau d'hébergement, au besoin;
- Un consensus de tous les acteurs sur l'importance pour la personne âgée d'éviter le recours à l'urgence et de favoriser son retour rapide dans la communauté après une hospitalisation;
- La consolidation de la liaison à l'urgence et sur les unités d'hospitalisation pour les patients dont le retour à domicile est compromis;
- Un guichet d'accès pour la clientèle orpheline à domicile;
- La couverture médicale à 100 % en CHSLD;
- La communication d'un message cohérent facilitant l'adhésion des différents acteurs;
- Une mobilisation de tous les intervenants pour s'inscrire dans ce nouveau mode d'exercice.

AXE	Adaptation des services		
Objectifs de résultats 2010-2015	Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées		
INDICATEURS	***Résultats 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats[18] 2010-2011***
1.3.7 Pourcentage des établissements ayant mis en place la majorité des préalables à l'implantation de l'Approche adaptée à la personne âgée	Nouveau	Aucune	75 %

COMMENTAIRES

L'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier est débutée dans tous les établissements à mission hospitalière de la région. À cet effet, des répondants locaux ont été identifiés dans chaque établissement et ont participé à une formation dispensée par l'Institut de gériatrie de Montréal le 25 février 2011. De plus, un comité régional incluant l'Agence et les répondants locaux sera mis sur pied prochainement. Une première rencontre est prévue en juin 2011.

Au printemps 2011, l'Agence a réalisé un portrait de l'implantation des mesures auprès des établissements concernés. Une analyse est en voie de réalisation, ce qui permettra d'identifier les zones d'amélioration.

Dans la démarche d'implantation de l'Approche adaptée à la personne âgée, des modules de formation sont actuellement offerts au personnel des établissements à mission hospitalière de la région. Ceux-ci sont sous la forme de formations en ligne (e-*learning*).

[18] Résultats de GESTRED en date du 30 mai 2011

AXE	Réseaux de services intégrés
Objectifs de résultats 2010-2015	Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du Ministère

SUJET	*Résultat*[19] *2010-2011*
Implanter les composantes du réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie	58,01 %

COMMENTAIRES

Malgré le fait que la grille ait été révisée depuis 2008, il est possible de constater l'augmentation du degré régional d'implantation. Ainsi, celui-ci est passé de 53,7 % en 2008 à 58,01 en 2010-2011. Plus précisément, on observe que 1 CSSS a atteint 70 %, 3 CSSS se situent entre 60 % et 69 % d'atteinte, 2 CSSS entre 50 % et 59 % et 2 CSSS entre 44 % et 49 %.

Dans le cadre de l'entente de gestion entre le Ministère et l'Agence en 2010-2011, deux CSSS avaient été ciblés afin d'augmenter leur degré d'implantation. Au 31 mars 2011, leur résultat se situe à 53 %, soit dans la moyenne régionale.

En 2010-2011, le déploiement de la solution informatique RSIPA (livraison 1) a été priorisé parmi les neuf composantes du réseau de services intégrés pour les personnes âgées. C'est un système de communication qui facilite le partage de l'information clinique. Cette application comprend des outils cliniques reconnus sur le continuum de services aux aînés : l'outil d'évaluation globale OÉMC (outil d'évaluation multiclientèle), le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), l'outil de repérage de la perte d'autonomie Prisma-7 et l'accès au calcul du profil Iso-SMAF.

Le déploiement a mobilisé tous les acteurs impliqués tout au long de l'année. Suite à la planification du projet, les activités de formation cliniques et informatiques ont débuté en avril 2010 pour se terminer en février 2011. Le bilan régional de déploiement a été accepté par le Ministère en mars 2011. Près de 1 600 intervenants qui œuvrent au service de soutien à domicile, en centre hospitalier et en CHSLD ont été formés et ont dorénavant accès à l'application informatique.

En mars 2011, les travaux sur le programme régional de formation en gestion de cas ont repris avec les répondants locaux RSIPA des CSSS et ont permis de recevoir l'adhésion de tous aux contenus développés. La prochaine étape consiste à adapter les contenus du programme de formation de base pour supporter concrètement la formation, l'orientation, la supervision et le coaching selon diverses modalités ou formules.

[19] Résultats en date du 30 mai 2011

AXE	Prévention dans les continuums de services
Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)

SUJET	*Résultats[20] 2010-2011*
Pourcentage d'implantation d'activités ou de mesures du Plan national de santé publique	82 %

COMMENTAIRES

Le PNSP vise l'implantation de 85 activités. Toutefois, pour le moment, 6 activités ont été retirées du calcul national (79 activités visées).

Au 31 mars 2011, 65 activités sur 79 (82 %) sont implantées ou sont en voie d'implantation en Mauricie et au Centre-du-Québec, ce qui représente une augmentation de 9 % par rapport à 2008-2009 dont le pourcentage d'implantation se situait alors à 73 %. Ce qui nous place en bonne position pour atteindre l'objectif de 85 % en 2015.

Du nombre d'activités implantées ou en voie d'implantation, 24 concernent la prévention/promotion (24/35 = 69 %) et 41 concernent la protection (41/44 = 93 %).

L'implantation et la consolidation des activités se poursuivent, de même que leur évaluation. La coordination du programme est assurée par le directeur régional en collaboration avec les directeurs locaux de santé publique, au sein de la table de coordination régionale.

[20] Résultats en date du 13 mai 2011

Dépôt de divers documents au Ministère		
INDICATEURS	***Réalisé***	***Non réalisé***
Dépôt du Plan stratégique régional 2010-2015	X	
Dépôt du Plan d'action 2011-2013 de l'Agence	X	
Dépôt, au Ministère, des ententes de gestion Agence/établissements 2010-2011	X	
Dépôt de projets d'optimisation en SAD		X
Dépôt des mesures pour réduire de 10 % les dépenses de nature administrative	X	
Dépôt de projets d'optimisation sur l'utilisation des services diagnostiques		X
Dépôt du bilan du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience	En préparation, sera déposé en juin 2011	
Dépôt du plan de travail sur le programme d'implantation en négligence et d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu (jeunesse)		X

COMMENTAIRES

L'entente de gestion et d'imputabilité entre le Ministère et l'Agence pour 2010-2011 exigeait le dépôt de plusieurs documents. Cette fiche fait état de la réalisation de ces divers objectifs.

Plan stratégique régional 2010-2015, Plan d'action 2011-2013, ententes de gestion et d'imputabilité 2010-2011

Le Plan stratégique 2010-2015 de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été déposé au Ministère au cours de l'année 2010-2011 et autorisé par les ministres Dominique Vien et Yves Bolduc en décembre 2010. Celui-ci est porteur d'une ambition régionale et s'articule autour de quatre enjeux stratégiques pour lesquels une action collective et cohérente doit être menée afin d'améliorer la performance du réseau régional de santé et de services sociaux. La stratégie de réalisation du plan stratégique régional commande un premier plan d'action bisannuel couvrant les années 2011-2012 et 2012-2013, lequel a été déposé au Ministère le 1er février 2011. Une partie substantielle des énergies déployées en vertu de ce premier plan d'action seront regroupées prioritairement autour de trois projets intégrateurs qui concernent les maladies chroniques, le vieillissement de la population et les ressources humaines du réseau. Cette façon de canaliser les actions du réseau devrait permettre d'agir simultanément sur l'ensemble du continuum de soins et services et, par conséquent, d'améliorer la performance du système et la réponse aux besoins de ces clientèles.

L'année 2010-2011 marquait la transition entre le cycle précédent et la mise en vigueur de la planification stratégique 2010-2015. À cet effet, l'ensemble des ententes de gestion et d'imputabilité entre l'Agence et les établissements publics couvrant la période du 1er avril 2008 au 31 mars 2010 ont été reconduites jusqu'au 31 mars 2011, lesquelles ont été déposées au Ministère.

Projets d'optimisation en SAD

Bien qu'aucune proposition en lien avec un projet d'optimisation en SAD n'ait été déposée au MSSS, des actions ont été posées en 2010-2011 au niveau régional. En effet, l'Agence a demandé à chacun des huit CSSS de produire un projet d'optimisation des services d'ergothérapie à domicile. Les projets soumis ont fait l'objet d'un soutien budgétaire pour être mis en œuvre. Ces projets visent à concentrer les ergothérapeutes sur des tâches professionnelles qui leur sont propres et à confier des activités accessoires à d'autres types de ressources. Les objectifs visés sont la réduction des délais et des listes d'attente en ergothérapie.

Dépôt de divers documents au Ministère

Au terme de la première année, un bilan de la mise en œuvre des projets sera effectué, notamment sur l'embauche des ressources complémentaires ainsi que sur l'amélioration de l'accès aux services (diminution des délais d'attente, réduction de la liste d'attente, accroissement du nombre de personnes rejointes).

Dépôt des mesures pour réduire de 10 % les dépenses de nature administrative

Le Plan de réduction des dépenses de nature administratives déposé en septembre 2010 a fait l'objet d'une acceptation de la part du Ministère. Un suivi budgétaire a été fait à la période 11. Le résultat global est conforme au plan d'action régional déposé et accepté par le Ministère.

Projets d'optimisation sur l'utilisation des services diagnostiques

Des travaux portant sur l'amélioration de l'accessibilité des services d'imagerie médicale ont eu cours durant l'année, dont l'approbation par le Ministère du plan d'action régional comprenant des mesures portant, entre autres, sur :

- l'actualisation de corridors d'échange de services;
- l'épuration des listes d'attente;
- l'utilisation des plateaux techniques;
- les délais d'accès aux examens, à la lecture et à la transcription.

Parmi les mesures de ce plan, le décloisonnement des PACS (*Picture archiving and communication system*) est un élément favorisant la réduction du nombre d'examens diagnostiques.

De plus, nous nous sommes assurés d'une représentativité de tous les établissements au sein du comité de travail en radiologie.

Par ailleurs, des travaux restent à conduire par le Ministère avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). La conclusion de ces travaux est une condition préalable incontournable à toute démarche régionale ou locale d'optimisation en la matière. Par la suite, des démarches de sensibilisation pourront être entreprises auprès des prescripteurs.

Bilan du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

Le bilan 2009-2010 du Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC) 2008-2011 a été déposé au MSSS en mai 2010. Soulignons quelques activités réalisées en 2010-2011 :

- Résorption complète des listes d'attente préplan d'accès;
- Poursuite de la mise en œuvre du PRAAC 2008-2011 et des rencontres régionales des gestionnaires d'accès;
- Tournée régionale visant à réaliser un suivi personnalisé auprès de chaque établissement sur l'état d'avancement de l'implantation du plan d'accès et des défis rencontrés;
- Application du standard pour les demandes de services dont le niveau de priorité est modérée à partir du 1er novembre 2010;
- Suivi des taux de respect des standards d'accès et leur analyse, dans l'objectif d'améliorer la cohérence entre les données fournies par les systèmes d'information et les résultats observés sur le terrain.

Plan de travail sur le programme d'implantation en négligence et d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu (jeunesse)

Le programme d'implantation en négligence et d'intervention de crise est déjà déployé dans l'ensemble des territoires de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Pour ce qui est du suivi intensif dans le milieu, celui-ci est inclus dans les services intégrés pour troubles du comportement ainsi que dans le service Info-Social 24/7. Pour ces raisons, aucun plan de travail sur le programme d'implantation en négligence et d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu n'a été déposé au Ministère.

Attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité 2010-2011	
SUJETS	***Résultats[21] 2010-2011***
Suivi au regard de la situation budgétaire	Réalisé
Indicateur 4.1.8 : Taux de déclaration en hébergement à partir des CHSGS	5,3 %
Réduction du nombre de lits de CHSGS occupés par des patients en fin de soins actifs en lien avec le suivi hebdomadaire administratif	Réfère à la fiche « 4.1 – Nombre moyen de patients par CH en attente occupant des lits de courte durée »
Attentes spécifiques en santé publique	Réfère à la fiche « 1.1.13 – Proportion d'écoles qui implantent l'approche École en santé »
Mise en application des mesures de l'Approche adaptée	Réfère à la fiche « Mise en application des mesures de l'Approche adaptée »
Implanter les composantes du réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie	Réfère à la fiche « Implanter les composantes du réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie »

COMMENTAIRES

Suivi au regard de la situation budgétaire du CHRTR

Les prévisions budgétaires de l'ensemble des établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec respectaient les cibles fixées sans nécessité de plan de retour à l'équilibre budgétaire pour l'exercice financier.

Taux de déclaration en hébergement à partir des CHSGS

Tel que signé dans l'entente de gestion et d'imputabilité entre le Ministère et l'Agence en décembre 2010, le taux de déclaration en hébergement à partir des CHSGS devait se situer à moins de 5 %. Pour 2010-2011, le résultat pour la Mauricie et le Centre-du-Québec est de 5,3 %, ce qui représente une atteinte de 94 % de la cible. Pris individuellement, quatre établissements respectent ou se situent très près de la norme ministérielle. Un seul établissement présente un écart plus important.

Plusieurs facteurs ont contribué à ces résultats :

- La révision des pratiques afin d'accéder à l'hébergement en évitant la courte durée;
- Un rehaussement de l'offre de service à domicile pour maintenir la personne âgée vulnérable dans son milieu;
- Une collaboration des partenaires pour maintenir les personnes âgées à domicile, incluant les RPA, en leur offrant le soutien requis;
- Un meilleur soutien aux proches aidants et la possibilité d'un accès plus rapide dans le réseau d'hébergement, au besoin;
- Un consensus de tous les acteurs sur l'importance pour la personne âgée d'éviter le recours à l'urgence et de favoriser son retour rapide dans la communauté après une hospitalisation;
- La consolidation de la liaison à l'urgence et sur les unités d'hospitalisation pour les patients dont le retour à domicile est compromis;
- Un guichet d'accès pour la clientèle orpheline à domicile.

[21] Résultats en date du 13 mai 2011

Spécificités régionales

COMMENTAIRES

L'Agence et les établissements se sont dotés d'une démarche régionale d'optimisation afin d'améliorer la performance du réseau à court, moyen et long termes. Les gains de performance résulteront d'une analyse conjointe et du choix d'une combinaison d'actions locales, sous-régionales ou régionales. Ainsi, de nombreuses démarches structurées d'optimisation ont été réalisées dans les établissements de la région au cours de la dernière année.

Progiciels administratifs régionaux (PAR)

Tous les établissements et l'Agence opèrent avec les mêmes progiciels pour les services de paie, ressources humaines, ressources financières et approvisionnement. Durant l'année 2010-2011, l'Agence a mis en place une structure de gouvernance afin d'assurer la coordination régionale des PAR (Progiciels administratifs régionaux) favorisant l'optimisation et l'harmonisation des processus administratifs. Deux processus, le cycle de paie et la classification des produits, ont été ciblés et ont fait l'objet d'une analyse des HEC menant à des recommandations précises. Des plans d'action locaux ont été produits et sont présentement en cours de réalisation dans tous les établissements. Plusieurs mises en commun ont déjà été effectuées, entre autres, la mise sur pied de comités d'utilisateurs experts.

Les objectifs suivants, poursuivis par la gouvernance des PAR, sont en cours de réalisation :

- Assurer la gestion stratégique des PAR;
- Assurer la mise à niveau des pratiques de gestion qui sont associées aux PAR dans chacun des établissements;
- Assurer l'exploitation optimale des PAR;
- Assurer l'obtention d'un maximum de bénéfices des PAR en matière d'optimisation intra et interorganisationnelle;
- Garantir en tout temps une coordination et un soutien adéquat à l'égard de l'exploitation des PAR.

Ressources informationnelles

La région s'est dotée d'un Plan stratégique régional des ressources informationnelles (PSRRI) 2010-2015. Ce plan prévoit notamment la mise sur pied d'un bureau de projets régional, la priorisation et la gestion d'un portefeuille de projets, de même que l'élaboration d'un cadre formel de gestion de projets pour les volets régional et local. En 2010-2011, en plus de ces éléments, un modèle de gouvernance défini par l'Agence et les établissements a été mis sur pied dans le but d'assurer une gestion cohérente et efficiente des ressources informationnelles du réseau régional et du PSRRI 2010-2015. De plus, il est visé qu'un scénario relatif au regroupement partiel ou total des centres serveurs de la région et à la combinaison optimale de mise en commun régionale et de prestation locale des ressources humaines et techniques soit arrêté et mis en œuvre en 2011-2012.

En juin 2011, l'ensemble des activités suivantes auront été réalisées :

- Un nouveau modèle de gouvernance des RI a été adopté par la région et déployé;
- Le bureau de projets régional a été formalisé au sein de ce modèle de gouvernance;
- Le portefeuille de projets a été déployé en mode web et est accessible à toute la région;
- Un cadre de gestion de projets a été adopté par le comité régional des directeurs généraux;
- Une proposition de scénario de regroupement des centres serveurs et de combinaison optimale de mise en commun sera déposée au comité régional des directeurs généraux en juin 2011.

Buanderies

Suite à une analyse des potentiels d'économie et d'optimisation réalisée en 2009-2010, une optimisation des processus utilisés dans les buanderies de la région et une analyse des regroupements potentiels, pour décision d'ici juin 2011, sont en voie de réalisation.

Spécificités régionales

Maladies chroniques

En 2008-2009, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a choisi de faire de la gestion intégrée des maladies chroniques sa priorité régionale pour les cinq prochaines années. Face à la croissance fulgurante des maladies chroniques, le but est d'éviter ou de retarder l'apparition et la progression de ces maladies tant dans la population en général que chez les personnes âgées, d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes et de réduire le recours à des services plus lourds tels que l'urgence et l'hospitalisation.

Des services de nutrition aux personnes avec syndrome métabolique sont offerts dans tous les CSSS; 810 usagers de plus avec des maladies chroniques ont reçu des services de nutrition sur une base individuelle dans notre région et plusieurs groupes ont été formés.

Tous les établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont une clinique d'enseignement et une trajectoire pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques (standardisation de la prise en charge).

Les travaux se poursuivent et plusieurs actions font partie du Plan d'action 2011-2013 du plan stratégique régional.

Création d'un nouvel établissement

Dans le but d'améliorer les services à la population, les conseils d'administration du CSSS de Trois-Rivières et du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières ont décidé de procéder à une fusion volontaire des deux établissements. Le 1er avril 2011, les lettres patentes ont été émises par le Ministère créant le nouvel établissement dont la dénomination sociale choisie est le *Centre de santé et des services sociaux de Trois-Rivières.*

De nombreuses démarches d'optimisation et de réorganisation visant à accroître l'accessibilité, la continuité et la qualité des services et à augmenter l'efficience dans l'utilisation des ressources disponibles sont déjà en cours au sein des établissements nouvellement fusionnés et se poursuivront sous l'égide de cet établissement nouvellement créé.

Implantation de la philosophie *lean* dans la région

L'Agence et les treize établissements publics de la région se sont associés au Laboratoire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (LIRISS) de l'UQTR pour soutenir l'implantation de la philosophie *lean* à l'intérieur des organisations du réseau régional, et ce, en vue d'en améliorer la performance. Déjà, le LIRISS accompagne plusieurs établissements, ainsi que l'Agence, dans la réalisation d'une trentaine de démarches *lean*. À ces projets, s'ajoute une recherche-action d'une durée de trois ans, débutant en 2010-2011, qui prévoit entre autres :

- L'accompagnement des équipes de direction de la région pour que chaque établissement se dote d'une planification stratégique basée sur la recherche de l'efficience et de plans d'optimisation annuels;
- Le développement des compétences des gestionnaires, notamment par la création, à compter de janvier 2011, d'un programme court de 2e cycle en gestion de la performance s'adressant exclusivement à des gestionnaires de la région. Dans le cadre de ce programme de formation en cours d'emploi d'une durée d'un an, chaque gestionnaire conduit une démarche d'optimisation d'un service de son établissement, projet appuyé par la direction de l'établissement. Une première cohorte de 24 gestionnaires a été lancée en janvier 2011 et sera suivie d'une cohorte additionnelle comportant près de 20 gestionnaires qui débutera en septembre 2011;
- La réalisation d'événements assurant le transfert des connaissances requis sous la forme de séminaires à l'intention des représentants du milieu académique et du réseau de la santé et des services sociaux.

Soulignons que le ministère de la Santé et des Services sociaux soutient cette initiative régionale en finançant 50 % des coûts afférents à la conduite de la recherche-action sur trois ans, ainsi que la totalité des frais relatifs à l'accompagnement professionnel pour les cadres inscrits au programme court de 2e cycle.

En somme, en 2011, la région aura initié plus d'une quarantaine de projets locaux d'optimisation dans ce contexte particulier.

Annexe A :

Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec lors de son assemblée du 18 juin 2003.

SECTION 1 - PRÉAMBULE

Le présent code d'éthique et de déontologie s'applique aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux.

Il se veut respectueux des principes et règles édictés par le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics décrété en vertu de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, ainsi que des dispositions pertinentes de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Le code doit informer les membres du conseil des obligations prévues aux différentes lois et règlements. Cette contrainte impose un certain calque de ces dispositions incontournables tout en les explicitant et illustrant en fonction du contexte de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux et des fonctions de ses administrateurs.

Les administrateurs placés devant un dilemme d'éthique peuvent bénéficier d'un service de support-conseil auprès du répondant de l'Agence de la santé et des services sociaux sur ces questions.

SECTION 2 - BUT, OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

2.1 Le présent code a pour but de préserver et renforcer la confiance des citoyennes et citoyens des régions du Centre-du-Québec et de la Mauricie dans l'intégrité et l'impartialité des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux, de favoriser la transparence, de responsabiliser les administrateurs, ainsi que de maintenir un haut niveau de qualité des services de santé et des services sociaux.

2.2 Conformément à l'article 35 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le présent code établit les principes d'éthique et les règles de déontologie applicables aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux.

2.3 Les principes d'éthique, devant servir de guide aux administrateurs afin de les aider à juger de la justesse de leurs comportements dans l'exercice de leur fonction, tiennent compte de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux, des valeurs qui sous-tendent son action ainsi que de ses principes généraux de gestion.

2.4 Les règles de déontologie font état des devoirs, obligations et responsabilités des administrateurs.

SECTION 3 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

3.1 Les administrateurs, selon les statuts qui leurs sont propres, doivent dans l'exercice de leurs fonctions, respecter l'ensemble des principes d'éthique et des règles de déontologie qui leur sont applicables selon ces différents statuts.

3.2 En cas de divergence entre le présent code et les dispositions de la loi, du règlement ou d'autres codes d'éthique et de déontologie applicables à l'administrateur, les règles et les principes les plus exigeants s'appliquent. En cas de doute, l'administrateur doit agir selon l'esprit de ces principes et règles.

3.3 L'administrateur ne peut se soustraire, même indirectement, à une obligation ou à un devoir contenu dans le présent code.

3.4 L'administrateur qui, à la demande de l'Agence de la santé et des services sociaux, exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre, est tenu aux mêmes obligations.

3.5 La présidence du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les membres du conseil.

3.6 L'Agence de la santé et des services sociaux doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la confidentialité des informations fournies par les administrateurs en application du présent code.

SECTION 4 - PRINCIPES D'ÉTHIQUE

4.1 L'administrateur est désigné pour contribuer, dans le cadre de son mandat, à la réalisation de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens.

4.2 L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés et dans le respect du droit, avec soin, prudence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable.

4.3 La contribution de l'administrateur se fait avec honnêteté, loyauté, diligence, efficacité, assiduité et équité, dans l'intérêt de l'Agence de la santé et des services sociaux et de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

4.4 L'administrateur fait fi de toute pression ou influence indue dans l'exercice de ses fonctions.

4.5 L'administrateur témoigne d'un constant souci du respect du droit des personnes aux services de santé et aux services sociaux.

4.6 L'administrateur centre ses décisions et ses actions sur les besoins de santé et de bien-être de l'ensemble de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

4.7 L'administrateur veille à ce que l'organisation et la gestion du système régional de santé et de services sociaux assurent des services accessibles, intégrés et de qualité, tout en tenant compte des particularités régionales et des ressources disponibles, le tout en fonction des politiques et orientations gouvernementales.

4.8 L'administrateur reconnaît que le fait d'être membre du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit. Il ne peut laisser entendre le contraire.

4.9 L'administrateur s'abstient de toute forme de discrimination.

SECTION 5 - RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

A) RELATIVES AUX TRAVAUX ET RÉUNIONS DU CONSEIL

L'administrateur doit :

5.1 Se préparer adéquatement et s'assurer de bien comprendre la portée des décisions à prendre.

5.2 S'assurer que les données pertinentes et les enjeux reliés à la prise de décision lui sont fournis.

5.3 S'assurer qu'il dispose de l'espace réflexif requis à l'égard des enjeux en cause.

5.4 S'assurer d'un suivi des décisions du conseil.

5.5 Se contraindre à la discrétion sur ce dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

5.6 Respecter à tout moment le caractère confidentiel des débats, échanges et discussions, ainsi que celui des informations écrites et verbales reçues.

5.7 Assister aux réunions du conseil et signifier son absence en cas d'empêchement.

5.8 Respecter les règles régissant la procédure des réunions du conseil, reconnaître l'autorité de la présidence et la souveraineté de l'assemblée.

5.9 Participer aux travaux dans un esprit de concertation, poser, le cas échéant, les questions nécessaires à sa bonne compréhension, exprimer son opinion, chercher à influencer et accepter d'être influencé par l'opinion de ses collègues.

5.10 Conserver une attitude de respect et de dignité face aux différents publics.

5.11 Préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.

5.12 Traiter toute personne avec courtoisie et respect.

5.13 Ne jamais porter atteinte à la vie privée d'une personne.

5.14 Éviter de tenir des propos susceptibles d'entacher la réputation d'une personne.

5.15 Être loyal et honnête envers ses collègues et le personnel de l'Agence de la santé et des services sociaux et maintenir des relations empreintes de bonne foi. En conséquence :

- respecter leurs droits et privilèges;
- reconnaître leur probité;
- ne jamais se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;
- demander le huis clos avant d'exprimer un doute sur leur intégrité et bonne foi.

5.16 Attendre le moment du débat pour exprimer son opinion.

5.17 Voter lorsque requis ou signifier son abstention.

5.18 Éviter de se substituer aux porte-parole officiels de l'Agence de la santé et des services sociaux et transmettre fidèlement, le cas échéant, les orientations générales de l'Agence et s'abstenir de tout commentaire susceptible de porter atteinte à sa réputation.

B) RELATIVES À LA PARTISANERIE

5.19 L'administrateur doit prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

5.20 La présidence et la présidence-direction générale doivent faire preuve de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.

5.21 L'administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président.

5.22 La présidence et la présidence-direction générale doivent informer le secrétaire général du conseil exécutif de leur intention de présenter leur candidature à une charge publique élective.

5.23 La présidence et la présidence-direction générale doivent se démettre de leurs fonctions s'ils veulent se porter candidat à une charge publique élective.

C) RELATIVES AUX CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'administrateur doit :

5.24 Faire preuve d'indépendance, agir à titre personnel, et ne représenter d'aucune façon les intérêts particuliers des personnes, groupes, organismes, associations ou territoires desquels il est issu.

L'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts du seul fait qu'il provient d'un milieu, d'un secteur ou d'un organisme ayant proposé sa candidature pour fin de désignation au conseil.

5.25 Dénoncer par écrit au président du conseil tout intérêt, direct ou indirect, actuel ou éventuel, dans un organisme, une entreprise ou une association qui met ou pourrait mettre en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence de la santé et des services sociaux.

5.26 S'abstenir, le cas échéant, de siéger et de participer à toute délibération ou décision portant sur l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a un intérêt personnel et se retirer pour la durée des délibérations et du vote relatif à cette question. Conformément à l'article 5.24 du présent code, l'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts du seul fait que le proposeur de sa candidature soit concerné par la question.

5.27 S'abstenir, dans le cas de la présidence-direction générale, d'avoir un intérêt direct ou indirect mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence de la santé et des services sociaux et, si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, y renoncer ou en disposer avec diligence.

5.28 Organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

5.29 Dissocier de l'exercice de ses fonctions, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.

5.30 Éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.

5.31 S'abstenir d'utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

5.32 S'abstenir ni tenter de prendre connaissance d'une information confidentielle de l'Agence de la santé et des services sociaux qui n'est pas requise dans l'exercice de ses fonctions.

5.33 Éviter de confondre les biens de l'Agence de la santé et des services sociaux avec les siens et de les utiliser à son profit ou au profit de tiers.

5.34 Refuser toute rémunération ou indemnisation non prévue pour l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.

5.35 Refuser tout cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage qui ne serait pas d'usage et d'une valeur modeste. Tout autre cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage reçu doit être retourné au donateur ou à l'État.

5.36 S'abstenir d'accorder, solliciter, exiger ou accepter, directement ou indirectement, une faveur, un avantage ou considération indue pour lui-même ou pour un tiers.

5.37 Éviter, dans la prise de ses décisions, de se laisser influencer par des offres d'emploi.

D) RELATIVES À L'APRÈS-MANDAT

L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions doit :

5.38 Se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au sein du conseil de l'Agence de la santé et des services sociaux.

5.39 Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

5.40 S'abstenir de donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant l'Agence de la santé et des services sociaux, un établissement ou un autre organisme ou entreprise avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de l'année qui a précédé la fin de son mandat.

5.41 S'abstenir, dans l'année qui suit la fin de son mandat, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence de la santé et des services sociaux fait partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

SECTION 6 - PROCESSUS D'EXAMEN ET DE SANCTIONS

6.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou toute autre disposition prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut être sanctionné.

6.2 Tout administrateur qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir au présent code doit en saisir le président du conseil ou le vice-président, si le président est en cause.

6.3 Si le président du conseil, ou le vice-président, arrive à la conclusion qu'il y a eu manquement ou omission, il doit en informer sans délai le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui agit alors conformément aux articles du chapitre du Règlement relatif au processus disciplinaire.

6.4 La sanction peut consister en une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois mois ou la révocation.

6.5 L'administrateur éventuellement informé qu'une enquête est tenue à son sujet doit s'abstenir de communiquer, directement ou indirectement, avec la personne qui aurait demandé la tenue de l'enquête.

6.6 L'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie peut être relevé provisoirement de ses fonctions par l'autorité compétente, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans le cas présumé de faute grave.

6.7 L'administrateur qui reçoit un avantage à la suite d'un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

SECTION 7 - IMMUNITÉ

Ne peuvent être poursuivies en justice, en raison d'actes accomplis de bonne foi, les personnes qui dénoncent un manquement ou une omission relative au présent code.

SECTION 8 - DIFFUSION DU CODE ET INFORMATION DU PUBLIC

8.1 L'Agence de la santé et des services sociaux doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande.

8.2 L'Agence de la santé et des services sociaux doit publier dans son rapport annuel le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration.

8.3 Le rapport annuel de gestion de l'Agence de la santé et des services sociaux doit faire état pour l'année écoulée :

- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- du nombre et de la nature des manquements constatés;
- des décisions et sanctions imposées;
- du nom des administrateurs révoqués ou suspendus.

SECTION 9 - MÉCANISME D'APPLICATION DU CODE

9.1 L'Agence de la santé et des services sociaux doit fournir un exemplaire du code d'éthique et de déontologie à chacun des membres du conseil d'administration et lui en expliquer la teneur.

9.2 Dès son entrée en fonction, tout membre du conseil doit s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe A.

9.3 Dès son entrée en fonction, tout membre du conseil doit remplir, signer et remettre la déclaration d'intérêt et doit amender cette déclaration dès qu'il connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

SECTION 10 - MODALITÉS TRANSITOIRES

Dans les trente jours de l'adoption du présent code, les membres du conseil d'administration doivent remplir et signer l'ensemble des annexes prévues.

UNIS
dans TOUS les
SENS

CENTRE ADMINISTRATIF
550, rue Bonaventure, Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5
Téléphone : 819 693-3636 | Télécopieur : 819 373-1627

BUREAU
350, rue Saint-Jean, Drummondville (Québec) J2B 5L4
Téléphone : 819 477-6221 | Télécopieur : 819 477-9443

www.agencesss04.qc.ca

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec
Québec